POLÍTICAS E
SERVIÇOS DE
SAÚDE 3
LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)
Atena
Editora
Ano 2021

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3
LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO
(ORGANIZADOR)
Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Assistentes Editoriais
Natalia Oliveira
Bruno Oliveira
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto Gráfico e Diagramação
Natália Sandrini de Azevedo
Camila Alves de Cremo
Luiza Alves Batista
Maria Alice Pinheiro
Imagens da Capa
Shutterstock
Edição de Arte
Luiza Alves Batista
Revisão
Os Autores

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Ano 2021

Atena
Editora

Ciências Biológicas e da Saúde

Atena
Editora

Ano 2021

Políticas e serviços de saúde 3

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e serviços de saúde 3 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-819-9
DOI 10.22533/at.ed.199210102

1. Saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

Ano 2021

Ciências Biológicas e da Saúde

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

Ano 2021

APRESENTAÇÃO

A obra “Políticas e Serviços de Saúde” compila 85 trabalhos técnicos e científicos originais produzidos por acadêmicos, docentes e pesquisadores de diversas Instituições de Ensino no Brasil; os textos – que abrangem diversas metodologias de pesquisa – refletem o caráter plural e multidisciplinar desta temática trazendo ao leitor não só o panorama atual das políticas públicas de saúde, mas também como os aspectos biopsicossociais e ambientais característicos de nosso país permeiam este cenário.

Este E-Book foi dividido em quatro volumes que abordam, cada qual, fatores os intrínsecos ligados à política e serviços no âmbito da saúde no Brasil, respectivamente: “Clínica em Saúde”, que traz majoritariamente revisões e estudos de caso no intuito de fornecer novas possibilidades terapêuticas; “Diversidade Social” que tem como foco as ações práticas da comunidade científica no contexto da atuação profissional em coletividades; “Educação em Saúde”, volume que apresenta, discute e/ou propõe opções inclusivas para o ensino de saúde em ambiente comunitário, hospitalar e escolar; e, por fim, “Epidemiologia & Saúde” que compila estudos, em sua maioria observacionais, com foco na análise da transmissão de doenças comuns no cenário nacional ou ainda investigam novas abordagens para o estudo do tema.

Agradecendo o empenho dos autores na construção dessa obra, explicita-se o desejo de que esta leitura contribua para a ampliação do conhecimento científico das políticas públicas nacionais em saúde e também que possa contribuir para novos estudos.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VITIMIZADOS A VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 11/11/2020

Natália Carvalho de Costa
Unidade Básica de Saúde – Jardim Tropical
Penápolis – SP
http://lattes.cnpq.br/5532368776840725

Caroline Marinho de Araújo
Faculdade de Enfermagem - UFG
Goiânia – GO
http://lattes.cnpq.br/0105258900127233

Lucenda de Almeida Felipe
Secretaria de Saúde de Goiás
Goiânia – GO
http://lattes.cnpq.br/8012750163989629

RESUMO: Este estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura, sobre atuação do enfermeiro frente a crianças e adolescentes vitimizados a violência sexual, com objetivo de elucidar a importância das atribuições do enfermeiro frente a violência sexual de crianças e adolescentes. Foi realizada busca nas Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google Acadêmico, no período de janeiro e fevereiro de 2019. Por meio de descritores específicos foram identificados 73 artigos na BVS e 07 artigos no Google Acadêmico, após aplicar critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas 10 produções para síntese completa. Os resultados indicaram que entre os fatores que influenciam a atuação do enfermeiro frente as vítimas de violência sexual estão: questões do gênero, presença de evidências relacionadas ao abuso sexual, tempo de experiência profissional, medo, insegurança, falta de capacitação do enfermeiro, idade da criança ou adolescente, variáveis cognitivas, orientação sexual do autor da violência e crenças religiosas. Compreende-se que esses fatores podem conduzir a vieses e/ou impasses na atuação do enfermeiro, tornando relevante seu conhecimento, desenvolvendo uma visão crítica e complementar à atuação do profissional da saúde. É necessário a realização da formação/educação permanente no processo de atuação do enfermeiro frente a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, complementando um caminho para a qualificação do enfermeiro.
PALAVRAS-CHAVE: Atentado ao Pudor. Maus-tratos infantis. Cuidados de enfermagem.

NURSING CARE TOWARDS CHILDREN AND TEENAGERS IN CASES OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: This Study presents a bibliography review concerning the importance of nursing care towards children and teenagers in cases of sexual violence. The research was executed on the *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* and Google Scholar directories between January and February 2019. The search of specific words returned 73 articles on *BVS* and 07 on Google Scholar. Subsequently, applying specific searching criteria 10 articles were selected to compose a complete summary. The results showed some elements which have influence on the Nursing Practice when facing cases of sexual

violence with children and teenagers such as: gender issues, evidence of sexual abuse, the length of professional experience, fears, insecurity, lack of training, victims' age, cognitive variables, sexual orientation and religious belief. It is perceived that these factors could lead to difficult situations on nursing services, which makes knowledge acquirement more relevant in order to develop a critical and further view on the performances of healthcare professionals. It is necessary to have permanent education and training of nurses, as a way of improving their qualifications to care for sexually abused children and teenagers.
KEYWORDS: Sexual harassment. Child abuse. Nursing care.

1 I INTRODUÇÃO

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (2018), a violência contra a criança e adolescente é vivenciada diariamente na saúde pública. A violação dos seus direitos gera graves consequências nos âmbitos individual e social. Grande parte das agressões sexuais a crianças e adolescentes acontecem no ambiente doméstico, familiar e nas escolas, dificultando os envolvimentos dos serviços de saúde (BRASIL, 2018).

A violência sexual ganha destaque em pesquisas por ter se tornado uma das principais causas de morbimortalidade na atualidade no Brasil. Dados epidemiológicos evidenciam o surgimento de inúmeros casos a cada ano. Aliado ao panorama de subnotificação desses casos, a falta de sistematização das informações, o despreparo dos profissionais e de padronização das ferramentas para investigação/abordagem contribuem para a dificuldade em se obter dados válidos (LEITE et al., 2016).

O boletim epidemiológico número 49 de junho de 2018, retratou sobre o perfil epidemiológico das violências sexuais notificadas contra crianças e adolescentes no período de 2011 a 2017. Totalizaram neste período1.460.326crianças e adolescentes que sofreram violência interpessoal, coletiva ou autoprovocada, destes 184.524 casos de violência sexual. Observa-se neste período um grande aumento geral de casos notificados de violências sexuais de 64,6% para 83,2%. Dentre as crianças violentadas a maioria era do sexo feminino, na faixa etária entre 1 a 5 anos, de pele negra residentes da região sudeste do Brasil (BRASIL, 2018).

A violência sexual infanto-juvenil ocorre por meios de práticas eróticas, violência física, ameaças, jogo sexual, prostituição, pornografia, prática de carícias, o exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, sendo em relação homossexual ou heterossexual com a idade superior significativa ao com da vítima menor de idade (MAIA et al., 2016).

Ao se observar os perfis das vítimas, observa-se que, as mais vulneráveis são a faixa infanto-juvenil, por sua fragilidade física e de personalidade. Embora subnotificada, a violência sexual atinge muitas crianças e adolescentes. E o profissional enfermeiro que de alguma forma têm contato com a criança ou adolescente, é de extrema relevância ter o conhecimento sobre os impactos do estresse que a violência sexual pode levar desencadear problemas psiquiátricos e comportamentais. O enfermeiro deve estar atento

a possíveis sinais e sintomas decorrentes da violência sexual, disponíveis para escutar a suposta vítima e estar preparados para a realização da notificação. Para tal, o conhecimento sobre o conceito de violência sexual, sua dinâmica, encaminhamentos e procedimentos de notificação são essenciais (VALERA et al., 2015).

A aplicação à saúde de crianças e adolescentes vitimizado sexualmente necessitam de uma atuação multiprofissional, incluindo o enfermeiro, que devem acercar-se em vista a necessidade de mudança de paradigma para o enfrentamento desses acontecimentos (SILVA; FERRIANI; SILVA, 2011).O enfermeiro está em contato direto com a população, tendo uma posição privilegiada, comparado com equipes multiprofissionais e a equipe de saúde. A sistematização do cuidado da enfermagem tem o caráter científico à sua prática, possibilitando e promovendo intervenções e assistência a família, comunidade, a criança e ao adolescente (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

Este estudo visa esclarecer as ações da equipe de enfermagem envolvida no processo de violência sexual a partir de uma revisão integrativa da literatura para responder a seguinte questão de pesquisa: Quais são as atribuições do enfermeiro frente a violência sexual de crianças e adolescentes?

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa para identificar as ações da equipe de enfermagem acerca de crianças e adolescentes que sofrem ou sofreram violência sexual. A revisão integrativa possibilita resumir resultados sem ferir a epistemologia dos estudos empíricos, permitindo entender a saúde peculiar e coletiva através de diversas metodologias (SOARES, 2014).

As demais etapas serão seguidas conforme Soares (2014). Para que a revisão integrativa tenha rigidez metodológica adotou-se a sequência: 1° elaboração da questão de pesquisa; 2° formação de critérios de inclusão e exclusão de estudos; 3° definição dos dados a serem removidos dos estudos selecionados; 4°avaliação dos estudos adicionado na revisão integrativa; 5° Interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento.

A pergunta norteadora que fundamentou esta revisão é: Quais são as atribuições do enfermeiro frente a violência sexual de crianças e adolescentes?

Para seleção dos artigos foi utilizado o acesso online, às bases de dados nacionais, através dos agrupadores de bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram consultados os Descritores e definidos os seguintes*: Maus-tratos Infantis; Cuidados de Enfermagem; Abuso Sexual na Infância; Enfermeiro,* em português.

A busca dos artigos foi pesquisada no mês de janeiro e fevereiro de 2019. Foram incluídos artigos que descreveram a assistência por profissionais de enfermagem, acerca de Crianças e Adolescentes que sofreram ou sofrem violência sexual. No idioma português,

publicados no período de 2010a 2019. Portanto foram eliminados estudos que não tiveram como foco principais estratégias de enfermagem frente a Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, que apresentaram a duplicidade, reportagens e cartas.

Para sistematizar a busca foram usados os operadores booleanos AND e OR com os descritores e seus sinônimos, conforme a Tabela1.

Para síntese dos artigos na revisão, após a leitura dos títulos e resumos desses artigos, foram subtraídos do resultado inicial aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão, os que encontravam duplicados, analisados e posteriormente realizado rigorosamente a leitura detalhada dos artigos e dissertações completas, a fim de procurar resposta à questão norteadora do estudo.

DESCRITORES	SINÔNIMOS
Delitos sexuais	Abuso sexual Agressão sexual Atentado ao pudor Crimes sexuais Delitos de discriminação sexual Ofensa sexual Violência sexual Injuria sexual Delito sexual
Abuso sexual na infância	Abuso sexual de menor Abuso sexual de adolescente Abuso sexual de crianças e adolescentes Molestamento sexual da criança Abuso sexual da criança Abuso sexual infantil Maus-tratos sexuais da criança Maus-tratos sexuais de menor Maus-tratos sexuais infantis Violação sexual de menor Violação sexual infantil
Enfermeiro	----------
Maus-tratos infantis	Abuso de crianças Maus-tratos de menores Negligência com a criança Abandono de menores Violência infantil
Cuidados de enfermagem	Cuidado de enfermagem Assistência de enfermagem Atendimento de enfermagem

Tabela 1. Descritores e sinônimos utilizados para a busca dos artigos conforme Decs.

Por fim, averiguou-se o conteúdo, interpretação e discussão dos resultados, evidenciando os trabalhos que tiverem maior colaboração para contravir com ao problema da pesquisa. Em relação aos aspectos éticos assegurou-se que toda autoria e citações dos autores das publicações escolhidas foram reconhecidas e asseguradas.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca pelas obras resultou inicialmente1.025 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 07 no Google Acadêmico, totalizando 1.032 produções encontradas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pelo método PRISMA 2009 FLOW DIAGRAM (Figura 1), foram selecionados 24 artigos na BVS e 02 no Google Acadêmico, totalizando 26 artigos.

Os artigos encontrados tanto na BVS quanto no Google Acadêmico, que não avaliaram a atuação do enfermeiro frente a crianças e adolescentes vitimizados à violência sexual foram excluídos, finalizando 10 artigos para leitura na íntegra (Figura 1).

Após a leitura na íntegra, os 10 artigos foram elegíveis para análise e construção do quadro sinóptico (Tabela3), que contou com as seguintes variáveis: autor, ano, revista, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência e conclusão.

Observa-se na Tabela 3 que dos 10 artigos selecionados, 30% são de corte transversal, 40% descritivos, 20% revisões sistemáticas e 10% revisão integrativa da literatura. Todos os artigos foram publicados nos últimos dez anos (2010 – 2019).

De acordo com a localização da população pesquisada nos artigos 10% território Português e 90% foram localizados no território Brasileiro: 40% Estado do Paraná, 10% Estado de Minas Gerais, 10% Estado de São Paulo, 10% Estado Espirito Santo, 10% Estado do Ceará, 10% Estado da Bahia e 10% em Portugal.

Na área da enfermagem que foi realizada a pesquisa (60% Unidades de Estratégia de Saúde da Família; 10% Hospital, 10% Universidade Estadual do Interior da Bahia, 10% Em todos os níveis de atenção à saúde e 10% Tratam de uma revisão sistemática, não tendo um local de pesquisa).

Atuação do enfermeiro na Atenção Básica da Saúde, envolve uma maior demanda em assistência sistematizada em consulta da enfermagem, sendo individual e na saúde coletiva com a população. Possibilitando uma potencialidade em vínculo com a criança e família. Participando em educação de prevenção, promoção, proteção e a recuperação de saúde em escolas, creches e diversos lugares. Por isso essa área é tão investigada se há possíveis violência contra a criança ou com o adolescente, assim possibilitando acionar a equipe social responsável e notificando os casos suspeitos ou confirmados(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LISE; MOTTA, 2012;LEITE et al., 2016; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Já em Hospitais, cujo objetivo de o enfermeiro identificar crianças ou adolescentes vítimas de maus tratos em consulta da enfermagem, traçando as intervenções e aplicações de tomada de decisões na abordagem. Implementando a equipe multiprofissional, visando a dimensão do problema causada, a notificação da situação e acionar os serviços sociais responsáveis (LISE; MOTTA, 2012; RODRIGUES, 2013; VALERA et al., 2015).

Os estudos apontam a falta de capacitação para lidar em situações de violência infantil, destacando uma visão voltadas em sinais clínicos deixada pelo corpo após alguma agressão, portanto, deixam de avaliar o comportamento e o estado mental da vítima, causando uma falha no atendimento decorrente a falta do conhecimento para diagnosticar(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Relatam que os profissionais enfrentam várias dificuldades, como a falta de capacitação e medo para atuar na prevenção, e na notificação; despreparo em lidar com a violência, a falta de apoio e sigilo do conselho tutelar, falta de interesse, desconhecimento, interferência de sentimentos entre o profissional e a vítima, a insegurança, medo do agressor, acompanhamento das vítimas e a sobrecarga de trabalho, não saber para onde encaminhar a vítima, deixando de protocolar as notificações compulsória e denunciando anonimamente as autoridades(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

O profissional deve estar preparado para enfrentar essa problemática, tendo em ação a prevenção de violência contra criança e ao adolescente. É extremamente importante o avanço do conhecimento do enfermeiro e de outros profissionais da saúde para enfrentar e promover a reflexão do enfrentamento da atenção integral à saúde infanto-juvenil. O profissional da saúde deve ter em objetivo a intervenção de qualquer maus-tratos infantis, tendo em função de intervir, prevenir, proteger e evitar qualquer recorrência contra a criança(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Compete os profissionais da enfermagem, participar de programas para prevenir qualquer violência infantil. Destacando-se estratégias em prevenção primária para redução de incidência e prevalência em caso de violência. Em prevenção secundária para investigar qualquer risco de violência na comunidade e nas famílias em consultas da enfermagem. E promover prevenção terciária na resolução dos problemas detectados(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

É de competência do enfermeiro o conhecimento para detecção de sinais de violência, capacitar os componentes da equipe de saúde para identificar sinais de violência e garantir o encaminhamentos e procedimentos necessário(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Por tanto, os estudos demonstram a extrema importância do conhecimento e a capacitação do enfermeiro para o enfrentamento desta problemática, sendo aplicada desde já na formação do profissional da saúde.

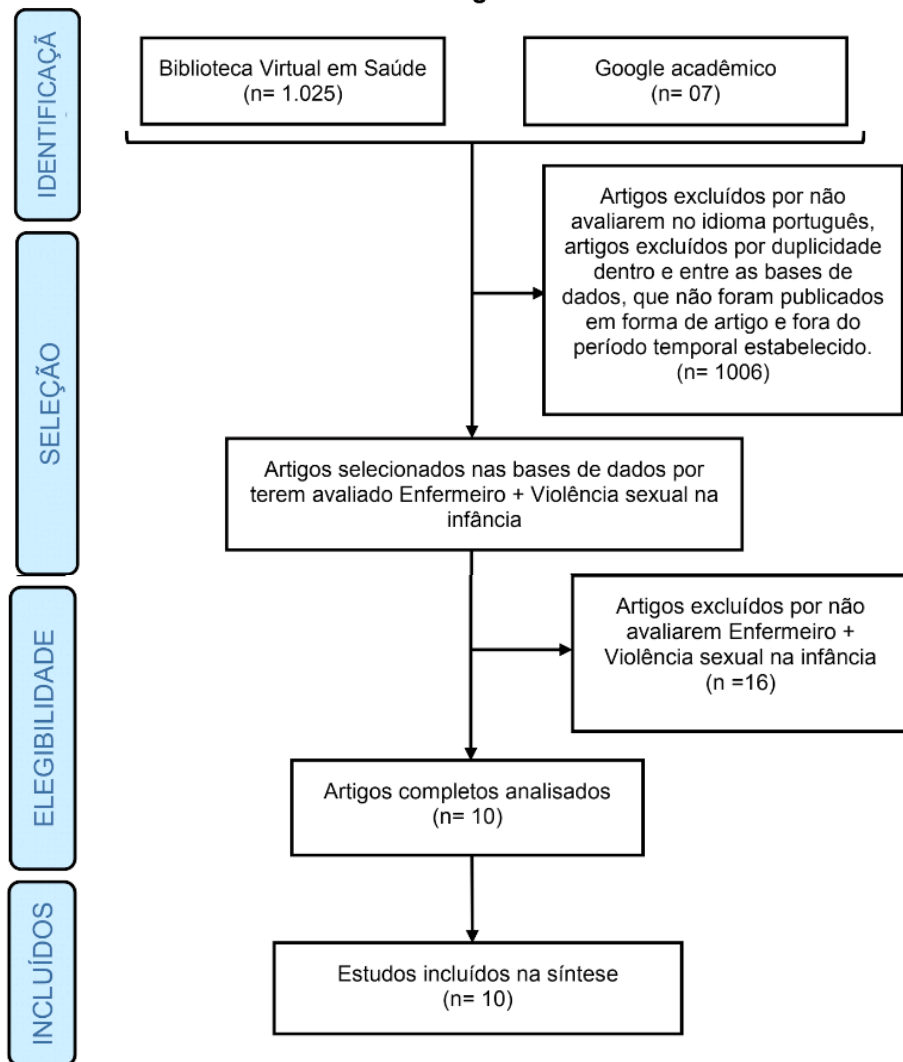



Figura 1. Diagrama da seleção de artigos para revisão integrativa.

No atendimento direto com crianças tende variedades de profissionais da saúde, como médicos pediatras, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliar de dentista, conselhos tutelares, agente comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais e os enfermeiros. Mas tendo em foco nos atendimentos de mais casos foram os Técnicos de Enfermagem, os Enfermeiros e os Agentes Comunitário de Saúde, por estar mais em contato com a população promovendo a intervenção em promoção e prevenção de saúde (ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; MAIA et al., 2016;PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Os tipos de violências contra crianças e adolescentes destacados nos estudos pesquisados, foram às seguintes: **Abuso Sexual:** (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015). **Violência Física:** (ARAGÃO et al., 2013; APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013;LISE; MOTTA, 2012;LEITE et al., 2016;MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018;PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013;VALERA et al., 2015). **Violência Psicológica e Emocional:** (ARAGÃO et al., 2013; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; RODRIGUES, 2013; VALERA et al., 2015). **Negligência:** (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013). **Violência Doméstica:** (LISE; MOTTA, 2012; LEITE et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; ROLIM et al., 2014). **Homicídio:** (LEITE et al., 2016; VALERA et al., 2015). **Violência Nutricional:** (LISE; MOTTA, 2012; RODRIGUES, 2013). **Abandono:** (RODRIGUES, 2013). **Prostituição:** (LISE; MOTTA, 2012). Os autores foram unânimes em descrever os tipos de violência sofrida pelas crianças e adolescentes. Conforme Tabela 2.

Tipo de violência levantados	% de estudos
Abuso Sexual Infantil	100
Violência Física	90
Violência Psicológica e Emocionais	60
Negligência	60
Violência Doméstica	40
Homicídio	20
Violência Nutricional	20
Abandono	10
Prostituição	10

Tabela 2. Tipos de violências relatadas nos estudos analisados.

Verificou-se os fatores de vulnerabilidade das vítimas mais propensa em sofrer violência sexual e psicológica, são a maioria do sexo feminino, com a idade inferior do agressor, famílias de baixa renda, com baixa escolaridade, exposta ao cuidado de terceiros e mães na adolescência. E as vítimas do sexo masculinos, estão mais propensos a sofrer violência física e negligência (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013).

A maioria dos agressores são do sexo masculino, pai/padrasto, em seguida mãe/madrasta, amigos/conhecidos e por pessoas desconhecidas, geralmente com baixa escolaridade, sempre utilizam força física, agressões psicológicas e homossexualismo. Segundo estudos, a maioria dos agressores, já sofreram algum tipo de abuso na infância. Nos casos onde o agressor é o pai da vítima, muitas vezes, faz uso de álcool/drogas, a mãe tende negar os fatos por carência econômica ou achar que é algo religioso, ideias impostas pelo agressor. É necessário estar atento a pais com histórico de violência no passado, estilo rigoroso, com a capacidade limitada para ao estresse, depressão na gravidez e ausência de afeto na família (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014;RODRIGUES, 2013).

A atuação do enfermeiro frente a violência sexual requer conhecimento específico e tempo de experiência para identificar qualquer tipo de suspeita de violência contra criança e adolescente. Compete ao enfermeiro buscar semiologias e semiotécnica, a fim de adquirir manejos para prevenir e impedir o abuso contra a criança, como a promoção e a proteção infanto-juvenil (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

O Enfermeiro tem a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®), como instrumento sistematizador para auxiliar, visibilizar, organizar e documentar a sua investigação e ajuda em detecção de violência. Enfermeiro é responsável em acolher e assegurar a proteção imediata a criança ou o adolescente, estar atento para sinais de violência durante o exame físico e anamnese, identificar e analisar índice de violência no comportamento, relações interpessoais e psicológicas da vítima e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. Em casos de suspeitas ou identificação de violência, deverá ser acionado o Conselho Tutelar, realizar o encaminhamento para equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como o médico, psicólogo, assistente social, e realizar o preenchimento da notificação compulsória (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Compete ao enfermeiro também sensibilizar a toda equipe de atendimento a família, capacitar a equipe para o conhecimento de violência e estar atento para qualquer tipo

de violência infantil e suas famílias, auxiliar aos profissionais ou agentes comunitários da saúde que suspeitam de casos de violência na família ou violência contra a criança e ao adolescente. E por fim garantir os procedimentos necessários a vítima como a recuperação e realizar do encaminhamento para equipe de competência e a obrigação do preenchimento da Ficha de Notificação compulsória (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Além na investigação, o enfermeiro tem outras funções a fim de romper violação dos direitos humanos, como a educação na comunidade, prevenção, reabilitação e denunciando qualquer suspeita ou confirmação de violência. Destacam-se que a equipe de enfermagem que atendam esse tipo de temática, devem ser acolhidos periodicamente para averiguar presença de sofrimento mental que estão enfrentando-os(APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

A partir dos dados descritos, nota-se a importância do enfermeiro na abordagem de investigação, conduta tomadas e no processo de educação em saúde relacionados à violência sexual contra crianças e adolescentes (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013; ARAGÃO et al., 2013; LEITE et al., 2016; LISE; MOTTA, 2012; MAIA et al., 2016; MACHADO; VILELA, 2018; PEDROSO, 2014; RODRIGUES, 2013; ROLIM et al., 2014; VALERA et al., 2015).

Autor/Ano/ Revista	Objetivo	Tipo de Estudo/ NE	Conclusão
APOSTÓLICO, M.R; HINO, P; EGRY, E.Y. (2013) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	Este estudo buscou identificar os limites e potencialidades da CIPESC na consulta de enfermagem com crianças vítimas de violência doméstica	Descritivo - 6	É preciso agregar à nomenclatura os atributos referentes à Liberdade e autonomia, essências para o enfrentamento da violência, além de maneiras de intervir baseada sem evidências
ARAGÃO, A. S., et al. (2013) Latino-Americana de Enfermagem	Analisar como os casos de violência contra crianças e adolescentes são abordados pela enfermagem, na atenção básica, identificando limites e possibilidades para se lidar com esses casos	Descritivo - 6	Constata-se que os hábitos de enfermagem, voltado para promoção à saúde e à prevenção das violências deve ser reestruturado, superando o paradigma biomédico e envolvendo ações intersetoriais e multiprofissionais
LEITE, J. T., et al. (2016) Gaúcha de Enfermagem	Analisar as ações relatadas por enfermeiros da atenção básica no enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes	Descritivo - 6	As principais limitações ao trabalho prático dos enfermeiros são a sobrecarga de trabalho, a falta de segurança e a dinâmica de trabalho desarticulada com a rede de proteção as quais levam à subnotificação dos casos de violência

Autor/Ano/ Revista	Objetivo	Tipo de Estudo/ NE	Conclusão
MACHADO, J. C; VILELA, A. B. A. (2018) Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco	Averiguar o conhecimento de estudantes de graduação em enfermagem na identificação de crianças em situação de violência doméstica	Descritivo - 6	Urge a necessidade de instrumentalizar os estudantes de enfermagem ainda na graduação com discussões sobre a temática, de forma articulada entre teoria e prática, para o desenvolvimento de competência e habilidades dos(as) futuros(as) enfermeiros(as) no enfrentamento da violência doméstica contra criança
MAIA, J. N., et al. (2016) Rene da Universidade Federal do Ceará	Aprender o cotidiano de profissionais do serviço de atenção primária de saúde frente aos casos de violência contra a criança	Transversal-5	As facilidades para o enfrentamento da violência contra crianças foram muito menores do que as dificuldades, principalmente as relacionadas à família, ausência de protocolos e carência de treinamento em serviço
PEDROSO, V. L. B. (2014) Tuiuti: Ciência e Cultura	O presente trabalho apresenta dados sobre o conhecimento de vinte enfermeiros que atuavam na rede pública de um município na Região Metropolitana de Curitiba sobre o abuso sexual contra crianças e adolescentes	Transversal-5	Os participantes demonstraram ainda baixo nível de informação quanto a indicadores do abuso sexual, causas do abuso sexual, consequências do abuso sexual e prevenção do abuso sexual, carecendo de mais treinamento nas práticas relativas à prevenção que são preconizadas ao profissional de enfermagem
RODRIGUES, M. R. C. (2013) Instituto Superior Politécnico de Viseu	Identificar as intervenções dos enfermeiros na abordagem de crianças vítimas de maus tratos em contexto hospitalar	Revisão Sistemática - 1	Os enfermeiros, por inerência da missão que lhes cabe, devem ser conhecedores dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes nas crianças vítimas de maus tratos, de modo a que as suas intervenções sejam consentâneas com cada caso e a fim de se poder minimizar as sequelas que daí possam advir. Têm a responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, fatores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos
ROLIM, A.C.A., et al. (2014) Latino-Americana de Enfermagem	Analisar os fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes, realizada por enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde	Transversal-5	Os resultados desta pesquisa, além de sensibilizar os enfermeiros para o problema, poderão ser utilizados pelos profissionais da gestão na orientação de estratégias para o cumprimento da notificação como dispositivo legal da garantia dos direitos de crianças e adolescentes
VALERA, I. M. A., et al. (2015) Brasileira de Pesquisa em Saúde	Identificar e analisar a atuação da equipe de enfermagem perante a violência infanto-juvenil	Revisão sistemática-1	A enfermagem atua na identificação e atendimento de ocorrências de violência infanto-juvenil, assim como, na educação social voltada à interrupção de abusos, porém, também sofre dificuldades emocionais vivenciadas durante esse processo. Destaca-se que os enfermeiros são legalmente respaldados para agirem nessas situações, desde que prestem condutas pautadas na ética

Tabela 3. Características gerais dos estudos analisados classificados por ordem alfabética.

4 I CONCLUSÃO

Apresentou-se uma revisão integrativa de artigos científicos empíricos sobre atuação do enfermeiro frente a crianças e adolescentes vitimizados a violência sexual, debatendo os principais resultados das pesquisas que se referem a essa temática, além de suas características metodológicas. Nesse sentido, foi possível notar a prevalência de estudos quantitativos e experimentais, em apresentação de situação do enfermeiro frente infanto-juvenil vítimas de violência sexual: questões do gênero, presença de evidências relacionadas ao abuso sexual, tempo de experiência profissional, medo, insegurança, falta de capacitação do enfermeiro, idade da criança ou adolescente, variáveis cognitivas, orientação sexual do autor da violência e crenças religiosas.

Foi possível notar o despreparo dos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, para lidar com crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, violências domésticas, negligência e especialmente vítimas de violência sexual acometidas. Os estudos apontam as características do agressor, são pessoas com baixa escolaridade, sexo masculino, presença de álcool e drogas. Maioria dos casos o agressor, já sofreu algum tipo de violência na infância.

Percebe-se que o enfermeiro tem medo de notificar a maioria das violências contra criança e adolescente, prevalecendo o sentimento de preservação da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários, pois os agressores geralmente vivem na mesma comunidade. A insegurança de notificar devido à falta de apoio e sigilo do conselho tutelar, faz com que o enfermeiro denuncie anonimamente as autoridades competentes, tirando assim a obrigação de protocolar as notificações compulsórias, assim mantendo seu anonimato.

O Enfermeiro deve estar preparado para enfrentar essa problemática, pois, por possuir uma aproximação direta com a vítima ele é peça fundamental na atuação contra a violência em crianças e adolescentes, destacando a função de intervir, prevenir, proteger, notificar e evitar qualquer recorrência contra a vítima.

Apesar do despreparo dos profissionais da saúde, foi possível constatar a importância da atuação do enfermeiro frente aos vitimizados de violência sexual. Deste modo, a atribuição do enfermeiro vai além do imediato, pois como analisado nos estudos, a maioria dos agressores foram vítimas na sua infância, portanto, ao identificar essas agressões em crianças e adolescentes estamos possivelmente diminuindo as possibilidades de abusos no futuro.

REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M.R; HINO, P; EGRY, E.Y. **As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada.** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 47, n. 2, p. 320-327, abr./jul. 2013.

ARAGÃO, A. S., et al. **Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, n. spe, p. 01-07, jan./fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Boletim Epidemiológico. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**, 2011 a 2017, Brasília, DF, v. 49, p. 01-17. jun. 2018.

LEITE, J. T., et al. **Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 2, p. 01-07, jun. 2016.

LISE, F; MOTTA, M. G. C. **Violência doméstica infantil: abordagem de enfermagem.** Acta Scientiarum – Health Sciences: Revista Científica da Universidade Estadual de Maringá, v. 34, n. 1, p. 53-58, jan./jun. 2012.

MACHADO, J. C; VILELA, A. B. A. **Conhecimento de estudantes de enfermagem na identificação de crianças em situação de violência doméstica.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, v. 12, n. 1, p. 83-90, jan. 2018.

MAIA, J. N., et al. **Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde.** Revista Rene da Universidade Federal do Ceará, v. 17, n. 5, p. 593-601, set./out. 2016.

PEDROSO, V. L. B. **Abuso sexual infantil: Conhecimento do enfermeiro sobre o seu papel no acolhimento das vítimas e na notificação de casos.** 2013. 51 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2014.

RODRIGUES, M. R. C. **Intervenções de enfermagem na abordagem da criança vítima de maus tratos em contexto hospitalar.** 2013. 64 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Instituto Superior Politécnico de Viseu, Portugal, 2013.

ROLIM, A.C.A., et al. **Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 22, n. 6, p. 1048-1055, nov./dez. 2014.

SILVIA, L. M. P; FERRIANI, M. G. C; SILVIA, M. A. I. **Atuação de enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes.** Revista Brasileira Enfermagem, v. 64, n. 5, p. 1-6, out. 2011.

SOARES, C. B., et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, jan. 2014.

VALERA, I. M. A., et al**. Atuação da equipe de enfermagem diante da violência infanto-juvenil.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 17, n. 3, p.103-111, jul./set. 2015.

CAPÍTULO 2

CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM CASOS CONFIRMADO OU SUSPEITO DE COVID-19: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUALIDADE DO CUIDADO

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 18/12/2020

Maximiana Aparecida dos Reis Fonseca
Discente do curso de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória - ES
http://lattes.cnpq.br/0221851610065221

Valéria Soares da Rocha
Discente do curso de Pós-graduação Mestrado em Gestão e Inovação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Vitória - ES
http://lattes.cnpq.br/7152262309978911

Flávia Batista Portugal
Docente do curso de graduação e Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória - ES
http://lattes.cnpq.br/1876697154549534

RESUMO: Frente ao cenário crítico da pandemia do COVID-19, a prática cirúrgica tem sofrido constantes alterações para atender as cirurgias de urgência e emergência. Trazer o campo do real, da prática do cotidiano dos profissionais, mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. Nesse sentido, o objetivo do trabalho foi descrever capacitação realizada para equipe de enfermagem para prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos. Trata-se de um projeto de intervenção realizado no centro cirúrgico de um hospital universitário no período de maio a junho de 2020. O público-alvo foram os profissionais de enfermagem, independentemente do tempo de serviço no setor. Para realização da capacitação, foi solicitada autorização do Responsável Técnico do setor. Participaram da capacitação 15 profissionais, entre técnicos e enfermeiros. A capacitação foi dividida em três etapas: pré-operatório imediato; intraoperatório e pós-operatório imediato. No primeiro encontro, a abordagem dos conteúdos deu-se de forma teórica, abordando as três etapas preestabelecidas, no segundo encontro a abordagem foi prática com uso da técnica de simulação realística. Os demais encontros aconteceram através da estratégia de Huddle de Segurança que consiste em reuniões diárias de curta duração, onde a equipe discute os processos relacionados à qualidade e segurança do paciente. Identificaram-se através dos Huddle as principais demandas da equipe frente ao processo cirúrgico no momento de pandemia e os principais eventos durante a assistência de enfermagem, destacando-se os erros na paramentação e desparamentação e os procedimentos invasivos com grande potencial de produção de aerossóis no transoperatório. Ressalta-se a importância da comunicação e do processo educativo no ambiente de trabalho, principalmente diante de situações críticas, além da importância dos instrumentos de notificação dos eventos adversos nas instituições.

PALAVRAS-CHAVE: Educação continuada;

Segurança do paciente; Pandemia; Assistência Perioperatória.

TRAINING OF THE NURSING TEAM FOR SURGICAL CARE IN PATIENTS WITH CONFIRMED OR SUSPECTED CASES OF COVID-19: A STRATEGY FOR THE QUALITY OF CARE

ABSTRACT: In view of the critical scenario of the pandemic of COVID-19, surgical practice has undergone constant changes to meet urgent and emergency surgeries. Bringing the field of the real, of the professionals' daily practice, is essential to solve the problems found in health care and to qualify the care provided to the subjects. In this sense, the objective: to describe training carried out for the nursing team to prevent and control infection by COVID 19 in surgical procedures. This is an intervention project carried out in the operating room of a university hospital from May to June 2020. The target audience was nursing professionals, regardless of the length of service in the sector. To carry out the training, authorization was requested from the sector's Technical Responsible. 15 professionals participated in the training, including technicians and nurses. The training was divided into three stages: immediate preoperative; intraoperative and immediate postoperative. In the first meeting, the approach to the contents took place in a theoretical way, addressing the three pre-established steps, in the second meeting the approach was practical with the use of the realistic simulation technique. The other meetings took place through the Huddle Safety strategy, which consists of short daily meetings, where the team discusses the processes related to patient quality and safety. The main demands of the team in the face of the surgical process at the time of the pandemic and the main events during nursing care were identified through the Huddle, highlighting the errors in dressing and de-dressing and the invasive procedures with great potential for the production of aerosols in the transoperative. The importance of communication and the educational process in the work environment is emphasized, especially in the face of critical situations, in addition to the importance of instruments for reporting adverse events in the institutions.

KEYWORDS: Continuing education; Patient safety; Pandemic; Perioperative Assistance.

1 I INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que o mundo vem enfrentando uma situação crítica frente à pandemia da COVID-19. Os serviços de saúde tem sido uma das áreas mais afetadas com várias implicações de longo alcance.

Neste cenário a prática cirúrgica tem sofrido alterações constantes para atenderem as cirurgias de urgência e emergência, objetivando a reserva de leitos para pacientes com infecção respiratória, principalmente em unidades de terapia intensiva. Dessa forma a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lançou uma nota técnica em abril/20 definido algumas ações para o planejamento e manutenção dos procedimentos cirúrgicos, ressaltando a necessidade de revisão dos protocolos e das práticas para a prevenção e controle da transmissão da Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) dentro dos serviços de saúde (BRASIL, 2020)

Para atender essa necessidade e buscando o treinamento e capacitação das

equipes. Esse trabalho tem como objetivo, relatar à experiência na elaboração de treinamento/capacitação destinado a equipe de enfermagem para prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos.

Foi elaborado um projeto de intervenção com material informativo voltado para a prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos. O conteúdo do material foi baseado nas notas técnicas da Avisa e recomendações da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC).

2 I OBJETIVO

Descrever um processo de capacitação realizada para equipe de enfermagem de um Hospital Universitário para prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos.

3 I MÉTODO

O tipo de estudo foi definido como descritivo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Foi realizado em um Hospital Público da região sudeste do Brasil no ano de 2020.

O estudo surgiu da iniciativa de desenvolver um projeto de intervenção em um centro cirúrgico de um Hospital Universitário para capacitar a equipe de enfermagem no atendimento de paciente com casos suspeitos ou confirmados de COVID 19. Dessa forma, deduziu ser importante a descrição de uma experiência que integram conhecimentos teóricos e práticos na solidificação de uma aprendizagem científica para auxiliar outras equipes que possivelmente vivenciam dos mesmos desafios impostos pelo enfrentamento da pandemia do COVID19.

Inicialmente o trabalho foi dividido em etapas: identificação de recomendações disponibilizadas na literatura para o atendimento de procedimentos cirúrgicos em pacientes com caso suspeito ou confirmado de COVID 19; análise e seleção das informações pertinentes ao tema proposto; elaboração do material teórico e planejamento do treinamento e capacitação das equipes de enfermagem. Para organização do treinamento foram obedecidos os critérios descritos a seguir:

- ANÁLISE DOS ENVOLVIDOS: nessa etapa foi realizada a determinação do público-alvo.
- OBJETIVOS: definição do que se pretendia alcançar, sendo a capacitação da equipe de enfermagem para prevenção e controle de infecção pela COVID 19 em procedimentos cirúrgicos o escopo almejado.
- ADEQUAÇÃO DA LINGUAGEM: adequação da linguagem científica as neces-

sidades do público-alvo, organização das informações em ordem sequencial, simulação realística com aplicação de debriefing para esclarecimento de dúvidas e captação de sugestões.

- TEMPO, LOCAL E RECURSOS: definiu-se a carga horaria semanal de 01 hora por semana totalizando um total de 04 horas mensais. Definição do local do treinamento que melhor atendesse o público-alvo e os recursos didáticos a serem utilizados para transmissão das informações do treinamento.

- SEQUÊNCIA LÓGICA: foi definida a sequência conforme rotina do atendimento. Definindo os pontos a serem destacados: comunicação, definições e orientações.

4 I DISCUSSÃO E RESULTADOS

O local de treinamento foi o centro cirúrgico, em sala destinada ao atendimento de procedimento cirúrgicos de pacientes com caso suspeito ou confirmado de COVID 19, considerando a importância das interferências do ambiente no processo de ensino aprendizagem.

Foram utilizados recursos audiovisuais (vídeos) e uso de atores para simulação de paramentação e desparamentação demostrados nos quadros 1 e 2.

O uso de checklist foi adotado como ferramenta para colaborar com a assimilação da equipe no que se refere às recomendações disponibilizadas para prevenção e controle da infecção da COVID 19 nas cirurgias. Evitando o esquecimento de ações importantes e automaticamente a quebra de processos.

A importância da comunicação e seus impactos na fragmentação do cuidado muitas vezes formar um conjunto solidário. E, sem trabalho em equipe, a segurança do paciente dificilmente consegue ser garantida. A inexistência de equipe torna as dificuldades maiores, e as ferramentas para aprimorar a comunicação passam a ser menos efetivas. O trabalho em equipe era menos importante no passado, mas, diante do aumento crescente da complexidade no cuidado em saúde, surgem evidências da sua importância. (WACHTER, 2012).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de chamar a atenção ao problema da segurança do paciente. Em 2005, a Aliança identificou áreas de atuação prioritárias, por exemplo, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, influenciada pelas metas de segurança do paciente da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (WHO, 2010).

Rounds interdisciplinares estruturados são estratégias de comunicação que podem e devem ser utilizadas na capacitação da equipe, como ferramenta para melhorar a comunicação entre os profissionais a fim de garantir uma educação de qualidade no que diz

respeito à práxis pedagógica. Os rounds interdisciplinares devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir seus pacientes, as ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. Esses encontros podem ser divididos em três etapas: “Briefings” reuniões de equipe antes do cuidado do paciente para revisar o seu estado e plano de cuidado; “Huddles” reuniões de equipe quando situações inesperadas surgem durante o curso do cuidado e “Debriefings” discussões que ocorrem após o cuidado, do que foi bem feito e do que não foi. Assim, os rounds tornam-se encontros curtos e produtivos, com foco nas metas e plano terapêutico, averiguando que mudanças de rumo são necessárias (SANTOS et al, 2010).

Os rounds devem seguir roteiros, como horário para iniciar e terminar, definição prévia de quem deve participar e qual o papel de cada um, em que e como deve contribuir. Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação envolvendo questões estratégicas são muito úteis. Rounds interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (PRONOVOST et al. 2003, DUBOSE et al. 2008, DUBOSE et al. 2010, WEISS et al. 2011).

Conforme determinação da ANVISA (2020), Todos os profissionais que atuarão diretamente nas cirurgias de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID19, devem ser orientados e capacitados com as orientações técnicas recomendadas, essas medidas visam preservar a saúde dos profissionais e dos pacientes assistidos nos serviços de saúde.

As informações foram construídas baseadas nas recomendações em grande parte da ANVISA e SOBECC divididas em partes que correspondem às fases operatórias, considerando a realidade do setor relacionado teoria e prática:

Passo	Ação
01	Higienizar as mãos
02	Colocar propés
03	Higienizar as mãos
04	Colocar o capote
05	Colocar a máscara N95 e ajustar
06	Higienizar as mãos
07	Colocar os óculos
08	Colocar a touca
09	Colocar a viseira
10	Higienizar as mãos
11	Colocar propés
12	Higienizar as mãos
13	Colocar o capote
14	Colocar 01 par de luvas

Quadro 01 – Sequência de Paramentação

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Oliveira et al (2020).

De acordo ANVISA - Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020, antes

de realizar um procedimento cirúrgico é imperativo que haja equipamento de proteção individual (EPI) para toda a equipe, adequado para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19. Todos os membros da equipe da sala cirúrgica devem usar EPIs, conforme recomendado nas Notas Técnicas da Anvisa (precauções padrão + contato + gotículas ou aerossóis, a depender da situação de risco). Após o procedimento cirúrgico, atentar para o cuidado na desparamentação a fim de evitar contaminação.

Passo	Ação
01	Retirar os propés
02	Retirar par de luvas
03	Desamarrar o capote
04	Retirar o capote
05	Higienizar as mãos
06	Sair da sala operatória
07	Higienizar as mãos
08	Retirar o protetor facial
09	Higienizar as mãos
10	Retirar a touca
11	Higienizar as mãos
12	Retirar os óculos
13	Retirar a máscara n95
14	Higienizar as mãos
15	Higienizar os óculos de proteção com Clorexidine 2% solução degermante
16	Retirar os propés

Quadro 02 – Sequência de Desparamentação

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Oliveira et al (2020).

A assistência ao paciente no centro cirúrgico depende de vários processos, sendo a recepção do paciente uma fase crucial para toda equipe envolvida sendo a enfermagem a principal linha de frente para proceder o recebimento do paciente. Portanto, considerando o momento de pandemia, a capacitação do profissional começa desde o momento da definição e provisão da sala cirúrgica bem como dos materiais a serem utilizados. Para procedimentos cirúrgicos em pacientes confirmado ou suspeitos da covid19 faz-se necessário adotar a técnica de precaução de contato e por aerossol.

Nesse contexto o treinamento considerou medidas recomendadas por órgãos competentes, seguindo uma sequência lógica de atendimento desde a entrada do paciente no centro cirúrgico até sua alta para destino definido. Esse processo será apresentando a seguir:

1. Triagem do paciente para cirurgia com formulário próprio (realizado pelo enfermeiro ou profissional por ele designado). Na chegada ao centro cirúrgico, instrua os pacientes e acompanhantes a informar se estiverem com sintomas de alguma infecção respiratória: tosse, coriza, febre, dificuldade para respirar, ou contato com pacientes com o novo coronavírus.

2. Tomar as ações preventivas apropriadas como, por exemplo, colocar máscara cirúrgica no paciente a partir da entrada no centro Cirúrgico, até o momento em que puder ser tolerada. Manter distância do paciente superior a 1 metro, se possível.

3. Higienizar as mãos com álcool 70% sempre que tocar objetos do paciente (prontuários, soroterapia, pertences pessoais).

4. Realizar limpeza das superfícies com álcool 70% nas superfícies de maior contato com o paciente.

O preparo da sala cirúrgica é parte fundamental para a realização do procedimento cirúrgico e como analisado nas informações na tabela abaixo para garantia da segurança do paciente. A equipe de enfermagem pode fazer o uso das recomendações dos órgãos competentes com as informações atualizadas em tempos de pandemia. Assim elaborou-se os seguintes passos de orientações a seguir:

Preparo da sala cirúrgica
Higienizar as mãos imediatamente antes de iniciar o preparo da sala. (Tao et al., 2020).
Seguir a montagem da sala, conforme protocolo de precaução de contato e aerossóis.
Sinalizar a porta da sala quanto à precaução recomendada (Tao et al., 2020).
Disponibilizar, **se possível**, tubo para intubação com circuito fechado para aspiração de vias aéreas, a fim de evitar aerossolização do vírus (Peng et al., 2020).
Priorizar o uso de equipamentos/materiais descartáveis (Tao et al., 2020).
Somente equipamentos, mobiliários e medicamentos necessários devem ser levados à sala de procedimentos para reduzir o número de itens que necessitarão ser limpos ou descartados.
O aparelho de anestesia deverá ser protegido com plástico descartável para reduzir a contaminação do equipamento (COVED, 2020)
Assegurar a utilização do filtro HEPA no circuito de anestesia e sistema de capnografia anterior ao filtro (entre circuito e filtro) (Peng et al., 2020).
Providenciar pinça de apreensão para oclusão do tubo orotraqueal durante a intubação e na troca de ventilador de paciente proveniente de unidades críticas para evitar a dispersão de aerossóis (Ti et al., 2020).
Recomenda-se a disponibilização de um profissional de apoio na área externa da sala (área suja) para o atendimento, assegurando a adesão às técnicas precauções. Frente a disponibilidade de profissional, sugere um outro profissional na área limpa para prover demais materiais eventualmente necessários aos procedimentos que não estavam na programação cirúrgica.
Realizar paramentação de TODOS os profissionais que estiverem dentro da sala de procedimento, conforme recomendado no item A (em anexo).

Quadro 03 – Orientações para o preparo da Sala Cirúrgica

Intraoperatório

O cuidado de enfermagem nessa fase necessita ser planejada, organizada e articulada a fim de evitar a exposição da equipe e do paciente garantindo segurança para ambos no processo cirúrgico.

Assim conforme demostrado nas informações apresentadas no quadro abaixo a assistência de enfermagem ao paciente e seus familiares, no intraoperatório, deve ser

realizada no sentido de minimizar os riscos de contaminação do covid19 e as possíveis complicações relacionadas ao procedimento anestésico-cirúrgico e a hospitalização com essa patologia.

Intraoperatório
Não levar objetos pessoais para dentro da sala de procedimento (COVED, 2020; Wax, Christian, 2020).
Evitar o uso de celular durante a assistência ao paciente.
O número de profissionais dentro da sala de procedimento deverá ser limitado ao mínimo possível (Tao et al., 2020).
Manter portas fechadas durante o procedimento (COVED, 2020).
Realizar a higienização das mãos, conforme os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)† (Sax et al., 2007)
A recuperação do paciente pós-procedimento, deverá ser realizada dentro da sala. O paciente deverá utilizar máscara cirúrgica e, caso haja necessidade de oxigênio suplementar, o cateter de oxigênio deverá ficar sob a máscara.
Evitar suporte não invasivo de vias aéreas com pressão positiva (exemplo: máscara de Venturi), pelo potencial favorecimento de aerossolização do vírus (Tao et al., 2020).
Quando o paciente estiver em condições de alta anestésica, deverá utilizar máscara cirúrgica para o transporte e o profissional que realizará o transporte utilizará EPI, conforme recomendado.
Antes de deixar a sala, os profissionais deverão descartar os aventais e luvas utilizados dentro da sala do procedimento.

Quadro – 04: Orientações para a Fase Intraoperatório

Recuperação da sala

Esse processo, faz parte da fase final do procedimento cirúrgico, após a saída do paciente da sala operatória, iniciando assim o procedimento de desmontagem dessa. Nesse momento todos os materiais usados ou não na cirurgia devem ser retirados e encaminhados aos seus destinos recomendados.

A remoção desses insumos dever ser efetuado por profissionais de enfermagem habilitados e bem treinados. Nesse momento de pandemia esse processo também tem

uma importância fundamental na prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos. As orientações foram guiadas conforme recomendações descritas na tabela abaixo:

Recuperação da sala
Trocar todo o circuito, filtros, cal sodada e proceder a desinfecção do aparelho de anestesia, bem como, do canister de cal sodada, após cada cirurgia de paciente confirmado ou suspeita de COVID-19 (Peng et al., 2020).
Realizar limpeza terminal minuciosa nos equipamentos e mobiliários da sala de procedimento, utilizando EPI indicado para precaução de contato e aerossóis. São produtos recomendados para limpeza e desinfecção aqueles a base de quatemário de amônia ou hipoclorito de sódio (CDC, 2020c)
Durante o processo de limpeza, manter a pressão negativa na Sala de Procedimento.
Prever uma hora entre um procedimento e outro para a transferência do paciente, realização da limpeza e descontaminação de todas as superfícies, telas, teclado, cabos, monitores e aparelho de anestesia (Ti et al., 2020; COVED).
Descartar todos os itens não utilizados na bandeja de medicamentos e do carro de vias aéreas, pois devem ser considerados contaminados (Ti et al., 2020).
Acomodar matérias que tenha entrado em contato com vias aéreas em recipiente fechados hermeticamente garantindo o transporte seguro do material potencialmente contaminado. **Obs:** o jogo de laringoscópio deverá ser encaminhado para limpeza e desinfecção no CME.
Atenção especial na retirada do EPI, pelo risco de contaminação do profissional. Antes de deixar a sala, descartar os capotes e luvas (saco vermelho ou branco) utilizados dentro da sala. Os outros EPIs deverão ser retirados do lado de fora da sala (ver anexo da desparamentação).
Descartar todo o EPI no lixo infectante (saco branco) (Brasil, 2018).
Deve ser planejado pela instituição um procedimento padronizado para a limpeza e desinfecção dos óculos e/ou protetores faciais.

Quadro - 05: Orientações para Recuperação da Sala Operatória

5 I CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste trabalho com a equipe de enfermagem do centro cirúrgico permitiu constatar que para a formação e condução de grupos de educação e capacitação para a saúde faz-se necessário a formação de parceria com coordenação do serviço, instalações físicas apropriadas para desenvolvimento de treinamentos, recursos didáticos

disponíveis, sensibilização do público-alvo, entre outros.

Apesar da importância da capacitação nesse período de pandemia, existe uma grande dificuldade para garantir o envolvimento de todas as pessoas participantes do processo. Mas o projeto permitiu a construção de informações mais centralizadas, facilitando o conhecimento para equipe de enfermagem, sobre os meios de prevenção e controle de infecção pelo COVID 19 em procedimentos cirúrgicos.

Considerando a importância da equipe de Enfermagem no combate à pandemia do COVID19, faz-se necessário garantir a proteção dos profissionais, pois em razão do momento vivido no cenário mundial, é decisiva o fornecimento e treinamento sobre a correta utilização dos EPIs em diversos serviços de assistência aos profissionais, inclusive, atividades aparentemente seguras antes , por assim apresentarem, não recebiam um olhar mais criterioso.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Orientações para Serviços de Saúde**: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-COV-2). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04,21 de março de 2020. Brasília-DF. Disponível em:http://www.revistacirurgiabmf.com/NotaTecnican04-2020GVIMS-GGTES-anvisa-atualizada.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 6**, de 10 de março de 2013. [cited 2020 Mar 17]. Available on: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0006_10_03_2013.html

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 15**, de 15 de março de 2012. [cited 2020 Mar 17]. Available on: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - **RDC Nº 222**, de 28 de março de 2018. Brasília; 2018, ed. 61, seção 1, p 76.

Center for Diseases Control and Prevention **(CDC).** Recommended guidance for extended use and limited reuse of N95 filtering facepiece respirators in healthcare settings. March 2018 [internet publication]. Available on: https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html.

Center for Diseases Control and Prevention **(CDC).** Interim U.S. guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with coronavirus disease (COVID-19) March 2020a [internet publication]. Available on: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html

Center for Diseases Control and Prevention **(CDC).** Water transmission and COVID-19. March 2020b [internet publication]. Available on: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/water.html

Center for Diseases Control and Prevention **(CDC).** What healthcare personnel should know about caring for patients with confirmed or possible COVID-19 Infection. March 2020c [internet publication]. Available on: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-patients.html

CHAN, J.F; YUAN, S; KOK, K.H; TO, K.K; CHU, H; YANG, J. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **Lancet**. 2020;395(10223):514-523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9. COVED Anaesthetic Induction. 2020. (7m54s). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=OF6dMhRvD8M.

DUBOSE, JJ; INABA, K; SHIFLETT, A, et al. **Measurable outcomes of quality improvement in the trauma intensive care unit**: the impact of a daily quality rounding checklist. J Trauma. 2008 Jan;64(1):22-7.

DUBOSE, J; TEIXEIRA, PG; INABA, K, et al. **Measurable outcomes of quality improvement using a daily quality rounds checklist**: one-year analysis in a trauma intensive care unit with sustained ventilatorassociated pneumonia reduction. J Trauma. 2010 Oct;69(4):855-60.

GUIDO, Laura de Azevedo; GOULART, Carolina Tonini; CRHIS, Netto de Brum; LEMOS, Ana Paula; UMMAN, Juliane. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 6, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 1601-1609 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750770031.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2020.

OLIVEIRA, Hudson Carmo de et al. Equipamento de Proteção Individual na pandemia por coronavírus: treinamento com Prática Deliberada em Ciclos Rápidos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 73, supl. 2, e20200303, 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400150&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2020. Epub 29-Jun-2020. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0303

PENG, P.W.H, Ho PL & Hota SS. **Outbreak of a new coronavirus**: what anaesthetists should know. Br J Anaesth. 2020 Feb 27 [Epub ahead of print] doi: 10.1016/j.bja.2020.02.008.

PRONOVOST, P; BERENHOLTZ, S; DORMAN, T, et al. **Improving communication in the ICU using daily goals**. J Crit Care. 2003;18:71-5.

SANTOS, MC; GRILO, A; Andrade G, GUIMARÃES, T; GOMES, A. **Comunicação em saúde e a segurança do doente:** problemas e desafios. Margarida Custódio dos Santos. Rev Port Saúde Pública. 2010; Vol Temat (10):47-57

SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Recomendações Relacionadas ao Fluxo de Atendimento para Pacientes com Suspeita ou Infecção Confirmada pelo Covid-19 em Procedimentos Cirúrgicos ou Endoscópicos. São Paulo, 2020.

TI, L.K; ANG, L.S, FOONG, T.W; WEI, B.S. What we do when a COVID-19 patient needs an operation: operating room preparation and guidance. **Can J Anesth** 2020 Mar 6 [Epub ahead of print] DOI:https://doi.org/10.1007/s12630-020-01617-4.

WACHTER, RM. **Understanding patient safety.** New York: McGraw-Hill Companies; 2012.

WEISS, CH; MOAZED, F, MCEVOY, CA, et al. **Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes:** a single-site study. Am J Respir Crit Care Med. 2011 Sep 15;184(6):680-6

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.** Genebra: WHO; 2010.

CAPÍTULO 3

FALHA NA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 22/01/2021

Marjorie Fairuzy Stolarz
Graduanda de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/0295138882413451

Andressa Martins Dias Ferreira
Docente do Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/3049217978059453

Maria Emília Grassi Busto Miguel
Docente do Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/6337871777298739

Melissa Ferrari Gomes
Graduanda de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/1471112064024425

Gabriel Pavinati
Graduando de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/8756768494640567

Lucas Vinícius de Lima
Graduando de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/7613219213623501

Letícia de Oliveira Piovani
Graduanda de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/4302181435127135

Jhenicy Rubira Dias
Graduanda de Enfermagem
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
http://lattes.cnpq.br/5578756380701396

RESUMO: Introdução: Sabe-se que a comunicação, além de estar incluída nas constantes discussões sobre a temática segurança do paciente, permeia questões de humanização e acolhimento em saúde, o que denota sua relevância. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante a prática-clínica em um Hospital Universitário a respeito da comunicação entre profissionais de saúde e familiares de um paciente. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de discentes da graduação em enfermagem durante as práticas-clínicas supervisionadas em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. **Resultados e Discussão:** Pode-se notar que durante a internação a família demonstrou algumas dúvidas relacionadas ao diagnóstico clínico e à assistência em saúde prestada a paciente devido à falta de uma comunicação eficiente entre a equipe de saúde e os familiares. **Conclusão:** Pode-se inferir que a falha na comunicação em saúde possui potencial em comprometer o desfecho do processo saúde-doença, seja na vida do paciente ou na vida

de seus familiares e acompanhantes. Além disso, pode transgredir princípios e práticas de humanização e educação em saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Segurança do Paciente; Humanização.

COMMUNICATION FAILURE BETWEEN HEALTHCARE PROFESSIONALS AND FAMILY: PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS

ABSTRACT: Introduction: It is known that communication, in addition to being included in constant discussions on the subject of patient safety, the construction of competent communication permeates issues of humanization and welcoming in health, which denotes its relevance. **Objective:** Report the experience of nursing students during clinical practices at a Universitary Hospital regarding the communication between healthcare professionals and a patient's family. **Method:** It is a descriptive study of the type of experience report of students during supervised clinical practices at a University Hospital in Southern Brazil. **Results and Discussion:** It can be noted that during the patient's hospitalization the family had doubts regarding the clinical diagnosis and health care provided to the patient due to the lack of efficient communication between the healthcare team and family members. **Conclusion:** It can be inferred that the failure in health communication has the potential to compromise the outcome of the health-disease process, either in the patient's or their family members and companions' lives. Also, it can affect the humanization principles and practices and the health education process.
KEYWORDS: Communication; Patient Safety; Humanization.

INTRODUÇÃO

Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se como segurança do paciente a redução, a um mínimo tolerável, do risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde (MS, 2013). Frente a magnitude da temática, que envolve uma gama de processos, e visando um cuidado em saúde seguro, a OMS percebeu a necessidade do lançamento de uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (ANVISA, 2017).

Em parceria com a Comissão Conjunta Internacional (*Joint Commission International* - JCI), a Aliança incentiva a adesão às Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP), que surgiram como uma estratégia para encaminhar boas práticas a fim de reduzir riscos e eventos relacionados a assistência em saúde. As metas são destinadas para a prevenção de erros na identificação do paciente, falhas na comunicação, erros na medicação, falhas em cirurgias, infecções associadas à assistência e quedas dos pacientes (ANVISA, 2017).

Dadas a complexidade e a dinamicidade dos processos comunicativos nos serviços de saúde, com destaque para o ambiente hospitalar, a melhoria da comunicação entre profissionais da saúde compõe uma das metas de segurança do paciente (ANVISA, 2017). Todavia, a segurança do usuário no serviço de saúde não se atém somente aos

profissionais. Faz-se necessário considerar pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros para prevenir falhas e danos nos serviços de saúde (MS, 2013).

Sabe-se que "a comunicação efetiva tem o objetivo de desenvolver de forma colaborativa uma política e/ou procedimentos para as prescrições verbais ou telefônicas e para informar resultados de exames" (ANVISA, 2017, p. 68). A inexistência de uma comunicação integrada entre equipes e serviços de saúde contribui para falhas na assistência, por isso, recomenda-se a utilização de uma linguagem clara, completa, precisa e que não permita interpretações ambíguas entre o interlocutor e o receptor (ANVISA, 2017).

Considerando que os processos de comunicação impactam direta e indiretamente no cuidado em saúde, estudos que revelem a forma com que eles são empregados nos serviços tornam-se necessários para analisar a efetividade da meta proposta pela OMS. Esse trabalho, portanto, teve por objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem durante a prática-clínica em um Hospital Universitário a respeito da comunicação entre profissionais de saúde e familiares de um paciente.

Cumpre destacar que os resultados deste estudo podem demonstrar a necessidade da construção, implementação e manutenção de uma comunicação clara, precisa e integrada entre os envolvidos no processo de cuidado por meio de ações promovidas e articuladas entre os diferentes setores da instituição.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Essa modalidade de metodologia permite a compreensão da complexidade da experiência descrita, dessa forma, vai além de apenas uma narração precisa, uma vez que proporciona a reflexão a respeito de uma determinada vivência (GONZÁLEZ-CHORDÁ *et al*., 2015).

A experiência na unidade de internação ocorreu por três dias durante a prática-clínica da disciplina de Fundamentos de Enfermagem no Cuidado Humano II, ofertada no segundo ano do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Para além de prestar cuidados aos pacientes no setor sob supervisão de um docente, cabe aos discentes compreender e analisar a dinâmica de trabalho da unidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a experiência foi possível prestar cuidados a uma paciente do sexo feminino, de 73 anos, internada por queixas de dispneia e sinal de hemiparesia do lado direito do corpo. Foram realizados procedimentos de aferição de pressão arterial, verificação de saturação por meio de oxímetro, medição de temperatura corporal, contagem de batimentos cardíacos e movimentos respiratórios, realização de exame físico geral e outros.

No segundo dia de assistência a paciente foi diagnosticada com acidente vascular

cerebral (AVC) de origem isquêmica. Pôde-se verificar uma falha na transmissão de informações entre os profissionais do setor e os familiares da paciente, uma vez que por diversas ocasiões os acadêmicos foram questionados pelos acompanhantes a respeito do diagnóstico clínico que a paciente tivera recebido.

As dúvidas apresentadas pelos familiares envolviam o desejo de se aprofundar no conceito e na fisiopatologia do "derrame", nome popular dado ao AVC, visando levantar possíveis relações entre a ocorrência do acidente com o quadro de hemiparesia. Ademais, os acadêmicos foram questionados a respeito do porquê do uso de sonda nasoenteral. As devidas explicações foram dadas aos familiares sob supervisão do docente responsável.

Diante do exposto, pode-se observar que o diagnóstico não foi devidamente esclarecido a paciente e seus familiares, descumprindo os objetivos estabelecidos pela meta da comunicação efetiva. Dessa forma, nota-se a emergência em se discutir práticas de uma comunicação clara, precisa e sem ambiguidades entre profissional da saúde e paciente/familiar/acompanhante, com vistas a sanar dúvidas e integrar os envolvidos no processo de cuidado.

Desse modo, segundo Santos e Bassit (2011), a família não só aguarda na equipe médica atenção às suas necessidades específicas, respeito e uma comunicação honesta, mas também o fornecimento de conforto, apoio espiritual e a provisão de respostas a seus questionamentos.

Ademais, percebe-se que a comunicação em saúde repercute diretamente na qualidade da assistência à saúde prestada, sendo uma ponte para a minimização do processo de despersonalização do paciente, além de cooperar com o cuidado integral à saúde do usuário (MORAIS et al., 2009)

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a partir do momento que a ponte, pautada em práticas de boa comunicação, não é construída entre o interlocutor de notícias/informações e seus receptores, o processo saúde-doença é severamente comprometido e fragilizado, o que faz com que os princípios de educação em saúde e humanização se afastem da prática real do cuidado em saúde.

Além disso, salienta-se que a má comunicação instiga a ansiedade dos familiares e pacientes de modo a acarretar em um processo assistencial um tanto quanto traumático para os envolvidos, seja para aqueles que cuidam ou para os que são cuidados.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes?task=callelement&format=raw&item_id=593&element=f85c494b-2b32-4109-b8c1-083cca2b7db6&method=download&args[0]=63f0e402d2653dc4fc75729663b956e8. Acesso em: 19. jan. 2021.

GONÁLEZ-CHORDÁ, V. M.; MACIÁ-SOLER, M. L. Evaluation of the Quality of the TeachingLearning Process in Undergraduate Courses in Nursing. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 700-705, 2015.

MS. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

Santos, M.F.G.S. e Bassitt, D.P.. Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva,** 23 (4),p. 448- 454, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n4/a09v23n4.pdf Acesso em: 21 jan. 2021.

MORAIS, G. S. N, COSTA, F. S. G.; FONTES, W. D.; CARNEIRO, A. D.. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **ACTA Paulista de Enfermagem.** São Paulo , v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf Acessado em: 19 jan. 2021.

CAPÍTULO 4

GERENCIAMENTO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DO ATENDIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Samara Atanielly Rocha
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna
FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/4774980151875848

Karoline de Souza Oliveira
Faculdades Unidas do Norte de Minas
FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/5553224514449755

Matheus Felipe Pereira Lopes
Faculdades de Saúde e Humanidades – FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/2811571550132821

Kelvyn Mateus Dantas Prates
Faculdades Unidas do Norte de Minas
FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/4119175241776030

Hiago Santos Soares Muniz
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna
FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/7670314360595628

Warley da Conceição Silva
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna
FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/8260272846186552

Gabriel Antônio Ribeiro Martins
Faculdades Unidas do Norte de Minas
FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/2098737399993758

Ely Carlos Pereira de Jesus
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna
FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/7649813519789036

Janine Teixeira Garcia Pinheiro
Faculdades Unidas do Norte de Minas
FUNORTE
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/1188909291712729

Jannayne Lúcia Câmara Dias
Faculdades de Saúde e Humanidades Ibituruna
FASI
Montes Claros, MG
http://lattes.cnpq.br/8398782981807295

RESUMO: Os protocolos assistências são documentos que orientam as equipes das Instituições de Saúde sobre as etapas dos procedimentos que devem ser realizados com o paciente, ou seja, o intuito desses documentos são padronizar o atendimento prestado por profissionais de saúde, dessa forma, diminuir ou até mesmo evitar possíveis eventos adversos decorrentes do atendimento prestado. Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, desenvolvido durante os anos de 2018 a 2020 por discentes do curso de Enfermagem. Como cenário de estudo uma

Instituição Hospitalar da cidade de Montes Claros-MG, onde foi realizado o gerenciamento de protocolos assistenciais. Durante o gerenciamento dos protocolos foi realizado um levantamento de dados essenciais através do prontuário dos pacientes que se enquadravam nos critérios para a coleta. A partir dos dados eram gerados indicadores e marcadores de resultado, após isso era realizada análises críticas e reuniões com toda equipe envolvida para a discussão e identificação das principais fragilidades no serviço prestado ao paciente. Além disso, foi possível também identificar eventos adversos relacionados à assistência. A identificação desses eventos e fragilidades se tornou essencial para melhorar os processos e consequentemente o atendimento. Salienta-se que gerenciar protocolos se torna uma excelente estratégia para aperfeiçoar a assistência prestada ao paciente, além disso, identificar se as estratégias adotadas contribuíram para diminuir ou evitar os eventos associados à assistência.
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Protocolo Clínico; Gestão Hospitalar.

MANAGEMENT OF CARE PROTOCOLS FOR QUALITY AND SAFETY OF CARE: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The assistance protocols are documents that guide the teams of the Health Institutions on the steps of the procedures that must be performed with the patient, that is, the purpose of these documents is to standardize the care provided by health professionals, thus reducing or even avoid possible adverse events resulting from the care provided. This is a descriptive study, in the form of an experience report, developed during the years 2018 to 2020 by students of the Nursing course. As a study scenario, a Hospital Institution in the city of Montes Claros-MG, where the management of care protocols was carried out. During the management of the protocols, a survey of essential data was carried out through the medical records of patients who met the criteria for collection. From the data, result indicators and markers were generated, after which critical analyzes and meetings were held with the entire team involved to discuss and identify the main weaknesses in the service provided to the patient. In addition, it was also possible to identify adverse events related to assistance. The identification of these events and weaknesses has become essential to improve the processes and consequently the service. It should be noted that managing protocols becomes an excellent strategy to improve the care provided to the patient, in addition to identifying whether the strategies adopted have contributed to reducing or avoiding the events associated with the care.
KEYWORDS: Patientsafety; ClinicalProtocol; Hospital management.

1 I INTRODUÇÃO

As Instituições Hospitalares são estabelecimentos voltados a prestação da assistência à população, seja ela no tratamento, recuperação ou reabilitação do paciente. Visando um serviço com mais eficácia, a Organização Mundial da Saúde e outras instituições governamentais vêm ampliando sua área de conhecimento e normativas (BRASIL, 2013).

A segurança dos pacientes no ambiente hospitalar ainda é um problema de saúde pública, os impactos que a assistência pode trazer a esses pacientes são muitas vezes

negativos e afetam a qualidade de vida e na morbimortalidade. Além dos impactos para o paciente pode ser citados também, o aumento do tempo de permanência e dos custos da internação para a Instituição e o sofrimento dos profissionais de saúde (PRATES, 2019)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013) a segurança significa a ausência de um dano desnecessário, associado à atenção à saúde, dessa forma, aquelas Instituições de saúde que buscam minimizar os danos causados pela assistência estão aumentando consequentemente a qualidade do seu serviço. Algumas estimativas nacionais mostram que só no ano de 2016 ocorreram 170.778 a 432.301 óbitos decorrentes dos eventos adversos durante o período de hospitalização.

A Resolução - RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013, tem o propósito de melhoria na segurança do paciente, trazendo com sigo a obrigatoriedade de implantação de protocolos e diferentes processos de gerenciamentos de risco em serviços de saúde. Além disso, estudos mostram que as redes hospitalares ao melhorar a qualidade da assistência prestada à população, com padronização do serviço, há uma redução na mortalidade, sequelas e os custos assistenciais (COUTO *et al*. 2018).

Os protocolos assistenciais vêm para contribuir na diminuição dos eventos decorrentes da assistência, eles são documentos que irão orientar as equipes das Instituições de Saúde sobre as etapas dos procedimentos que devem ser seguidos durante a assistência com o paciente, ou seja, o intuito desses documentos são padronizar o atendimento prestado por profissionais de saúde. Dessa forma, podem diminuir ou até mesmo evitar possíveis eventos adversos decorrentes do atendimento prestado. Os estudos mostram que a utilização desses protocolos por toda equipe de saúde gera impactos positivos em relação a qualidade e segurança do paciente (PAZIN FILHO *et al*., 2018; GOMES *et al.,2019*).

O presente estudo objetiva-se relatar e sintetizar as vivências de discentes do curso de graduação em Enfermagem, sobre o emprego de protocolos institucionais pelos profissionais da Enfermagem em um serviço de saúde de referência em atendimento no Norte de Minas Gerais.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência realizado por discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, anos de 2018 a 2020 em uma Instituição Hospitalar da cidade de Montes Claros-MG de grande porte, que possui 405 leitos, acreditada pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) com certificado de acreditado nível pleno, sendo considerado como principal centro de referência da região norte mineiro, onde foi realizado o gerenciamento de protocolos assistenciais.

A instituição utiliza o gerenciamento como ferramenta de promoção da qualidade e segurança do paciente. Dessa forma, gerencia protocolos como o de sepse adulto, sepse neonatal, dor torácica, AVC (Acidente Vascular Cerebral) e TEV (Tromboembolismo

Venoso), foi possível o acesso aos relatórios informatizados que proporcionava uma avaliação a respeito de cada caso de forma individual, levantando dados que eram lançados em planilhas, sendo contabilizados no mês, havendo também marcadores e indicadores dos resultados, sendo assim feita uma análise crítica os mesmos, agrupando os dados do quadrimestre após a avaliação mensal.

Era inserido na análise crítica dados relevantes a partir da planilha Microsoft Excel montada de acordo com a necessidade de cada protocolo que tinha suas etapas especificas, não sendo passível de alterações para que o desfecho de cada informação fosse positivo, eram lançados dados epidemiológicos, exames, medicações e classificações (os dados variam de acordo com cada protocolo). Era gerado um consolidado dos dados que continham os principais elementos de cada etapa do protocolo, avaliando se atingiu a meta de 95% dos marcadores, se não atingiu e o porquê e qual era o plano de ação iria se realizado para alcançar a meta estabelecida. Os indicadores de resultado giravam em torno da letalidade tendo uma taxa de tolerância, que variava dependendo do protocolo, avaliando se ficou dentro do padrão estabelecido daquele mês e se ficou acima o que do processo impactou para essa ocorrência.

Esses dados eram levados para as reuniões institucionais, sendo colocadas em discursão as possíveis elaborações de ações para diminuir danos que estariam impactando na qualidade da assistência, na longa permanência e custos para a instituição, possibilitando uma identificação e conhecimentos dos motivos que implicam na ocorrência de eventos adversos e consequentemente na elaboração de medidas de intervenção para diminuição e melhoria da ocorrência.

3 I RESULTADOS

Nesta Instituição são realizados o gerenciamento de 5 protocolos assistências o de TEV, AVC, Sepse Adulto e Neonatal e Dor Torácica. Esses protocolos são essenciais para padronizar o atendimento realizado aos pacientes no ambiente hospitalar. A partir deles, é possível realizar um cuidado com segurança e qualidade.

Durante o gerenciamento dos protocolos foi realizado um levantamento mensal de dados essenciais através do prontuário dos pacientes que estavam inseridos no processo e que se enquadravam nos critérios dos protocolos. Esses pacientes eram identificados através da equipe de enfermagem que preenchia documentos no prontuário eletrônico, relatórios informatizados que identificava o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças) de internação, exames solicitados como pacotes laboratoriais de sepse neonatal e adulto, dor torácica e AVC. Em relação ao Protocolo de TEV os relatórios sensibilizavam a prescrição da medicação enoxaparina, além desses gatilhos inseridos no sistema era utilizado relatórios que identificavam alguns documentos preenchidos pela enfermagem.

Com base nos dados coletados, eram realizadas análises críticas mensais e reuniões

trimestrais para apresenta-los para toda equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado do paciente. Esses resultados eram discutidos em reuniões, a fim de traçar planos de ação e estratégias para minimizar algum evento que ocorreu ou que potencialmente poderia acontecer novamente com outro paciente. Como consequência deste planejamento, foi possível realizar uma assistência com mais qualidade e segurança para os pacientes ainda internados na instituição.

Contudo, a identificação desses eventos e fragilidades se tornou essencial para melhorar os processos e consequentemente o atendimento. Além disso, por meio dessa metodologia foi possível identificar também quais os colaboradores que não seguiam corretamente os protocolos institucionais e como isso impactou diretamente para o paciente. A partir dessa identificação era realizada uma análise entre o supervisor desse funcionário para identificar o motivo do não seguimento desse protocolo, além de uma abordagem formal.

Por fim, eram realizadas ações como a sensibilização e treinamentos da equipe para realizar uma assistência livre de danos e com segurança a todos aqueles pacientes internados.

4 | DISCUSSÃO

A aprovação de protocolos é de suma importância na garantia e na segurança prestada aos pacientes, de forma que os instrumentos sejam possíveis para alcançar os objetivos instituídos e que possam medir de forma adequada as ações que foram desenvolvidas (VIEIRA *et al.*, 2020). Gerenciar os protocolos proporciona identificar se os objetivos estão sendo atingidos de forma efetiva.

Uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro mostrou uma incidência de 7,6% de pacientes que obtiveram algum evento adverso relacionado à assistência à saúde, destes 66,7% eram evitáveis (FIGUEIREDO *et al*., 2018), dessa forma, ressalta-se a importância de se identificar as principais fragilidades dos processos, sendo assim, seguir de forma criteriosa os protocolos por ser uma excelente estratégia para minimizar esses eventos que poderiam ser evitáveis.

Os maiores gastos com a internação em instituições hospitalares são aqueles relacionados à sepse e que causam uma alta taxa de letalidade. Pensando nisso, há uma necessidade de se traçar estratégias para diminuir a incidência desses resultados (FIGUEIREDO *et al*., 2018). Dessa forma, gerenciar o protocolo de sepse adulto e neonatal trouxe uma estratégia positiva para identificar as principais causas da sepse no ambiente hospitalar, o perfil epidemiológico desses pacientes, quais as etapas do protocolo clínico não foram seguidas e como impactou no desfecho final.

Uma pesquisa realizada em um setor de emergência de Joinville-SC, mostrou que a utilização de protocolos de Dor Torácica reduz a variação das condutas clínicas realizadas

por médicos das portas de entrada das instituições de saúde e contribui para a redução do tempo entre a chegada e o diagnóstico. Dessa forma, permite um tratamento e uma conduta adequada para seu quadro, além de permitir um cuidado embasado na literatura e consequentemente uma assistência segura, com qualidade, diminuindo as taxas de mortalidade (PERTSEW; PEROZIN; CHAVES, 2018).

Além dos protocolos citados anteriormente, há outros de extrema relevância para a melhoria da assistência à saúde dos pacientes. Sabe-se que o tromboembolismo venoso (TEV), por exemplo, é uma das causas de grande mortalidade nos hospitais do Brasil. O protocolo de TEV, visa garantir que todos os pacientes sejam classificados quanto ao risco de desenvolver essa condição e assim, intervir precocemente através da anticoagulação. Nessa perspectiva é imprescindível métodos e estratégias que objetivam a sua aplicação e monitoramento pela equipe assistencial (LEAL, *et al.* 2020).

Ainda nessa perspectiva, o Acesso Venoso Central é um procedimento invasivo na qual o risco de infecções a este procedimento é considerado alto. O mesmo é um importante causa de sepse, que levam a uma alta mortalidade, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva. Os protocolos a cerca deste procedimento visa promover a segurança do paciente e consequentemente reduzir os índices de infecção. Eles devem conter os mínimos cuidados no seu manuseio e inserção, assegurando assim, a qualidade da assistência dispensada (NETO, *et al.* 2020).

Devido à dificuldade de identificar estudos relacionados ao gerenciamento de protocolos para a prestação de uma assistência de qualidade e com segurança ao paciente, considera-se a importância de se realizar novas pesquisas relacionadas à temática devido ao crescente número de eventos adversos relacionados à assistência hospitalar.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do gerenciamento dos protocolos institucionais proporciona à identificação das principais fragilidades que impactam diretamente ao paciente e devido à alta taxa de incidentes e eventos adversos evitáveis demostra a relevância e a pertinência de minimizar esses danos ao paciente, realizando ações preventivas através do acompanhamento e monitoramento assistencial.

Dessa forma, sensibilizar a equipe sobre a utilização dos protocolos no seu dia-a-dia e traçar estratégias para acompanhar os indicadores assistenciais traz segurança e qualidade na assistência à saúde, pois a efetivação do monitoramento pela equipe multiprofissional nos processos assistenciais proporciona um plano terapêutico mais definido.

Outro aspecto relevante para promoção de uma assistência de qualidade é a disponibilização de tecnologias assertivas para favorecer a construção de protocolos efetivos, fortes e humanizados para a assistência ao paciente, bem como o seu monitoramento.

REFERÊNCIAS

1 ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 08 de dezembro de 2020.

2 BRASIL, ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.

3 COUTO, Renato Camargos*et al*. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2017.

4 FIGUEIREDO, Mirela Lopes de *et al*. Analysisofincidentsnotified in a general hospital. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 71, n. 1, p. 111-119, 2018.

5 GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al*. Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**,Brasília , v. 72, n. 3, p. 753-759, jun. 2019.

6 LEAL; Lisiane Freitas et al. Implementação de protocolo para profilaxia de tromboembolismo venoso: um estudo antes e depois em pacientes clínicos e cirúrgicos, **Jornal Brasileiro de pneumologia.** São Paulo, v.46, n.4, p.1-7, 2020.

7 NETO; Lucinaldo Viana et al. Prevenção e controle de infecções cateter venoso central em unidade de terapia intensiva adulto, **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. v.2, n.4, p.75-81, 2020.

8 PAZIN FILHO, Antônio *et al*. Protocolos Clínicos Institucionais - O desafio de gerenciar e garantir a aplicação de informação atualizada e contextualizada. **Revista Qualidade HC**, n.8,2018.

9 PRATES, Cassiana Gil *et al*. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019.

10 PERTSEW, Paulo Eduardo; PEROZIN, Melissa; CHAVES, Patrícia Laura Lopez. Gerenciamento do protocolo de dor torácica no setor de emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 2, p. 77-79, 2018.

11 VIEIRA, Tainara Wink *et al*. Validation methodsof nursing protocols: na integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 73, supl. 5, 2020.

CAPÍTULO 5

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 16/11/2020

Fabiana Santini Einloft
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS
http://orcid.org/0000-0003-3630-1908

Lucidieine Martinuzzo de Araújo
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS
http://orcid.org/0000-0001-6914-4772

Valéria Maria Limberger Bayer
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS
http://orcid.org/0000-0002-6731-4835

Edi Franciele Ries
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria - RS
http://orcid.org/0000-0001-6688-2913

RESUMO: Os serviços de saúde detêm um grande desafio na promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o desenvolvimento de materiais educativos são uma estratégia utilizada para conscientizar a população sobre hábitos saudáveis. O objetivo deste trabalho foi desenvolver um material educativo direcionado à população idosa para os serviços de saúde. O material educativo foi elaborado a partir de uma Revisão Sistemática sobre as estratégias de educação em saúde utilizadas pelos profissionais e sobre relatos de pesquisa durante entrevista com idosos para verificação de fatores associados à hipertensão. Para a confecção do material educativo, optou-se por desenvolver folder em formato de um mapa mental, que é um instrumento claro e objetivo, que utiliza frases curtas e figuras. Juntamente com o mapa mental foi elaborado outro material, um imã de geladeira, para complementar e alcançar os objetivos do folder que, no centro, tem a figura de um coração para associar com a hipertensão. O material elaborado destacou informações sobre a importância do tema, o tratamento, dicas de hábitos saudáveis e a relação com o sobrepeso. Vale ressaltar a importância de se conhecer as reais necessidades da população atendida pelos serviços de saúde para a qual se pretende elaborar os materiais de educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; envelhecimento; educação em saúde; serviços de saúde.

SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL MATERIAL FOR HEALTH SERVICES

ABSTRACT: Health services face a major challenge in health promotion and prevention of chronic diseases such as Systemic Arterial Hypertension and the development of educational materials are a strategy used to raise awareness about healthy habits. The objective of this work was to develop educational material aimed at the elderly population for health services. The educational material was prepared based on a Systematic Review on the health education strategies used by professionals and on research

reports during interviews with the elderly to verify factors associated with hypertension. For the preparation of educational material, it was decided to develop a folder in the form of a mind map, which is a clear and objective instrument, which uses short phrases and figures. Together with the mental map, the creation of another material, a fridge magnet, was thought to complement and achieve the objectives of the folder, which, in the center, has the figure of a heart to associate with hypertension. The elaborated material highlighted information about the importance of the topic, the treatment, tips on healthy habits and the relationship with overweight. It is worth mentioning the importance of knowing the real needs of the population served by health services, in order to develop health education materials.
KEYWORDS: Health promotion; aging; health education; health services.

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são fundamentais na determinação do estado de saúde e condições de vida da população. O acesso a estes serviços é um tema complexo e multidimensional, que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizacionais, técnicos e simbólicos, no caminho para a universalização da sua atenção. Contudo, as políticas de saúde devem ser capazes de eliminar as barreiras entre os serviços e a comunidade e construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral à população (ASSIS, JESUS, 2012) a fim da promoção da saúde.

Devido à situação epidemiológica, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tem sido um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para os serviços de saúde como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) constituir ações de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle das doenças, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) uma das principais condições crônicas (BRASIL, 2014).

Diante disso, o Brasil elaborou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das doenças e seus fatores de risco (BRASIL, 2013).

As DCNT constituem grande problema de saúde pública no mundo, sendo responsável por milhões de mortes, principalmente na população idosa. É possível identificar diversos fatores de risco para DCNT, entre elas, a HAS. Entre esses fatores é possível destacar o tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool (BRASIL, 2011).

O envelhecimento populacional é um fenômeno que tem ocorrido de forma acelerada no mundo. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil é de que existirão cerca de dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos de idade. (BRASIL, 2006). Para Miranda et al. (2016), o país já tem um importante percentual de idosos, demandando serviços públicos que deverão ser reflexo do planejamento e da prioridade das políticas públicas atuais. Tais

medidas de intervenção devem ser integradas, a fim de garantir o cuidado às condições crônicas de maneira efetiva e fortalecer a promoção em saúde para o envelhecimento saudável.

Contudo, entende-se que a educação em saúde é um processo de construção de conhecimento utilizada como estratégia na conscientização da população que tem por objetivo a adoção de hábitos saudáveis de vida. Estudos mostram que a educação em saúde inclui meios para usuários de serviços de saúde desenvolverem autocuidado por meio do acesso a informação sobre as condições crônicas. As estratégias utilizadas por profissionais da saúde a partir de atividades lúdicas e materiais educativos, tais como folders, vídeos e grupos de saúde tem se mostrado eficientes nos serviços de saúde (EINLOFT et al., 2016; MACHADO et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2013).

Diante disso, faz-se necessário maior informação e divulgação nos serviços de saúde sobre a HAS na população idosa, proporcionando maior promoção da saúde da população. O uso de materiais educativos como estratégias em educação em saúde inova possibilidades no ensino aprendizagem e deve apresentar qualidade adequada e ser direcionado ao público idoso, levando em conta a sua realidade. Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi desenvolver um material educativo sobre HAS direcionado à população idosa como instrumento alternativo para ações de conscientização sobre o tema pelos serviços de saúde.

2 | METODOLOGIA

Trata-se do desenvolvimento de um material educativo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica direcionado para a população idosa para ser distribuído pelos serviços de saúde.

As ideias centrais para a construção do material educativo foram identificadas a partir de: i. Revisão Sistemática sobre as estratégias de educação utilizadas pelos profissionais da saúde para conscientizar a população sobre a Hipertensão Arterial (EINLOFT et al., 2020) e ii. A experiência de relatos de pesquisa durante a coleta de dados para a dissertação de mestrado da pesquisadora-autora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PPGCS/UFSM). Para a realização da pesquisa, a pesquisadora nutricionista entrevistou aleatoriamente em suas residências, 129 idosos cadastrados em uma ESF do município de Santa Maria, RS. Durante a entrevista foram feitas perguntas relacionadas aos hábitos de vida dos participantes e o reconhecimento da população. Foram considerados os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE: 99769118.7.0000.5346).

Para a confecção do material educativo, optou-se por desenvolver folder em formato de um mapa mental, que é um instrumento claro e objetivo com ilustrações configurando

a transmissão da mensagem de forma mais lúdica. Adicionalmente, foi elaborado outro material para complementar e alcançar os objetivos do folder. Trata-se de um imã de geladeira com a mesma figura do folder, um coração, para lembrar a HAS. As ideias centrais foram repassadas a um designer gráfico, o qual utilizou o programa Procreate para confecção do material.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Revisão Sistemática sobre as estratégias de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais dos serviços para conscientizar a população sobre a HAS, realizada por Einloft et al. (2020), indicou que a educação em saúde inclui meios para usuários de serviços de saúde desenvolverem autocuidado e autonomia por meio do acesso à informação. Todas as estratégias avaliadas utilizaram material educativo ou atividade lúdica, entre eles o uso de folders, vídeos, jogos e atividades em grupo. Também foi observada a escassez de publicações de desenvolvimento e validação de materiais educativos sobre HAS e promoção da saúde direcionados para a população idosa nos serviços de saúde (EINLOFT et al., 2020).

Por meio de relatos de pesquisa durante a coleta de dados, a autora pode se aproximar da realidade vivida pelos idosos, por meio de visitas domiciliares e assim, além da criação de vínculo com os usuários, pode conhecer as necessidades dessa população.

Utilizar o prévio conhecimento da população de estudo é um fator que auxilia no planejamento das ações de educação em saúde, partindo das reais necessidades dos usuários (SILVA, 2018). O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado na vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território (ALVES, AERTS, 2011).

No estudo de Oliveira et al. (2020), a ESF apresentou potencial de reduzir os efeitos das desigualdades individuais e contextuais sobre a saúde. A ESF pode favorecer o atendimento à saúde, e o controle adequado da morbidade crônica com grande influência na qualidade de vida e no bem-estar por meio da educação em saúde, reduzindo os riscos de morte precoce. Logo, a ESF deve continuar a receber investimentos que favoreçam práticas de promoção da saúde, controle e manutenção do tratamento da HAS.

O material educativo construído a partir das ideias centrais é apresentado na Figura 1:

Figura 1: Folder em formato de mapa mental

O material educativo direcionado aos idosos para promoção da saúde na temática de HAS, contempla de forma didática e objetiva: I. importância do tema; II. tratamento; III. dicas de hábitos saudáveis; IV. relação com o sobrepeso.

A HAS é uma patologia multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, quando a pressão sistólica é maior ou igual a 140mmHg e a diastólica maior ou igual a 90mmHg. Pode estar associada às alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Pelo fato de a sua evolução ser, por muitas vezes, silenciosa e desprovida de significativas repercussões imediatas, o que se percebe é uma notável negligência referente ao cuidado precoce e às suas medidas de prevenção. Tais medidas deveriam ser cultivadas e incentivadas ao longo de toda a vida para que haja menor prevalência e redução dos impactos nocivos à saúde da população, em especial a idosa (EINLOFT, et al., 2016).

O manejo dos impactos, juntamente com o tratamento da HAS em si, é responsável por um elevado custo ao sistema de saúde, ao necessitar de medicamentos, internações e procedimentos que excedem, em sua totalidade, 2 bilhões por ano (NILSON, et al., 2020). Assim, é muito importante que a população entenda quais são os caminhos para a prevenção e controle da HAS e que esta seja ativa nesse processo, a partir, para além do uso de medicamentos, da adoção de mudanças de hábitos que são essenciais para a modificação deste cenário.

Em relação ao tratamento da HAS, os serviços de saúde devem alertar sobre o

estilo de vida dos indivíduos, o que engloba a alimentação, atividade física e os hábitos, como o consumo de cigarro e bebidas alcoólicas. Desse modo, o seu tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas (OLIVEIRA et al., 2013). As medidas de hábito, em geral, são as mais difíceis de serem alcançadas, entretanto, são fundamentais para o alcance do controle pressórico. É muito importante que a população entenda o valor da alimentação adequada e o seu impacto direto em seu tratamento como, por exemplo, o efeito do consumo excessivo de sódio, que fisiologicamente, propicia maior retenção de água no organismo e, consequentemente, elevação da pressão arterial.

Somado a isso, a ingesta de alimentos integrais, frutas, verduras, a redução de alimentos industrializados no dia-a-dia, principalmente os ricos em sódio, a diminuição do consumo de frituras e açúcares e manter sempre uma boa hidratação, juntamente com a prática de fazer atividade física regular, são essenciais para manter o nível pressórico adequado.

A medida que o sobrepeso está associado com o aumento da morbimortalidade, a atual situação epidemiológica nutricional exige a prática dos princípios da integralidade, equidade e universalidade na assistência à saúde. O consumo inadequado de alimentos, com alta ingestão de sódio, açúcares e gorduras saturadas ou até mesmo a falta de acesso a alimentos saudáveis, gera a insegurança alimentar, e por esta condição, é indispensável um modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, que associe esses aspectos para uma intervenção adequada (MATTOS; NEVES, 2009).

Portanto, juntamente com o mapa mental foi pensado o desenvolvimento de um outro material para complementar e alcançar os objetivos do folder que, no centro, tem a figura de um coração para associar com a HAS. Este material seria um imã de geladeira com a mesma figura do folder. A escolha do imã de geladeira se deve ao fato de ser um material que estará visível na residência do idoso. Acredita-se que ao acessar a geladeira, o indivíduo recorde das informações do mapa mental e se questione sobre seus hábitos de vida.

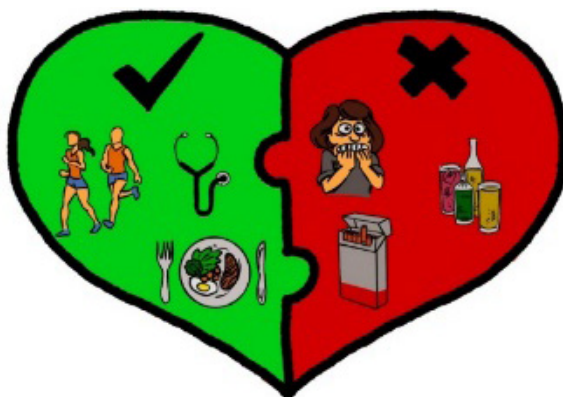



Figura 2: Imã de geladeira

Com a transição epidemiológica, e em função do número de indivíduos na faixa etária de risco e a sobreposição de condições crônicas de saúde, se torna mais importante uma atenção à saúde qualificada. No âmbito da prevenção primária pode-se, por meio de ações de promoção e educação em saúde, postergar o surgimento dessas doenças mesmo em idades avançadas. Também, o diagnóstico precoce possibilita, recomendações e medidas educativas para os idosos hipertensos, com impacto positivo sobre a qualidade e expectativa de vida (FRANCISCO et al., 2018).

Assim, oferecer formas de ensino e mecanismos que facilitem a apreensão dessas informações são fundamentais para que elas sejam melhor entendidas e colocadas em prática. Com a educação em saúde nos serviços, o idoso é motivado a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. Essas medidas terão impacto no estilo de vida e sua implementação dependerá diretamente da compreensão do problema e da motivação para efetivar mudanças no seu estilo de vida (BRASIL, 2013).

Em ambos materiais foi priorizada a utilização de imagens como instrumento para transmissão de informação. Os recursos visuais utilizados para sensibilizar a população idosa sobre a HAS, tem demonstrado grande eficácia nas atividades de educação em saúde (EINLOFT et al., 2016). É dever dos profissionais da saúde desenvolver esses materiais educativos que sejam elaborados com uma linguagem clara e objetiva, além de criativos, condicionando às mudanças de estilo de vida com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis.

4 | CONCLUSÃO

Nesse estudo foi desenvolvido um material educativo sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos para ser utilizado na educação em saúde. O material elaborado destacou informações sobre a importância do tema, o tratamento, dicas de hábitos saudáveis e a relação com o sobrepeso. O material educativo desenvolvido possui embasamento em um estudo de revisão sobre o tema e em coleta de dados, que possibilitou identificar as necessidades da população de estudo e as informações relevantes para serem evidenciadas.

Com isso, pretende-se incentivar que mais materiais educativos possam ser desenvolvidos para um maior cuidado em relação à população idosa e hipertensa nos serviços de saúde, alertando sobre o estilo de vida e a adoção de hábitos adequados.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G., AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 1, p. 319-325. Rio de Janeiro, 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2865-2875. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2013.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

______. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2014.

EINLOFT, A. B. N.; SILVA, L. S.; MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M. **Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família**. Revista de Nutrição, v. 29, n. 4, p. 529-541. Campinas, 2016.

EINLOFT, F. S., BAYER, V. M. L.; RIES, E. F. **Estratégias de educação em saúde para conscientização sobre a hipertensão arterial sistêmica: uma revisão sistemática**. Revista Saúde (Santa Maria), v. 46, n. 2. Santa Maria, 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGRI, N. J.; BORIM, F. S. A.; MALTA, D. C. **Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 11, p. 3829-3840. Rio de Janeiro, 2018.

MACHADO, J. C., COTTA, R. M. M., MOREIRA, T.R., SILVA, L.S. **Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 611-20. Rio de Janeiro. 2016.

MATTOS, P. F.; NEVES, A. S. **A Importância da atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde**. Revista práxis, v. 1, n. 2. Rio de Janeiro, 2009.

NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. C. S.; BRITO, D. A.; OLIVEIRA, M. L. **Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema único de Saúde, Brasil, 2018**. Revista Panamericana de Salud Publica. 2020;44:e32.

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L P.; FERNANDES, P. S;, CALDEIRA, A. P. **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Acta paulista de Enfermagem, v. 26, n. 2, p. 179-84. São Paulo, 2013.

SILVA, S. T. R. C., MELO, S.N., TORRES, B. R. F., ASSIS, R. R. T., BOMFIM, A. M. A., LUCENA, A. R. S., LUCENA, M. G. S., LUCENA, M. S. **Abordagem dinâmica das complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial quando negligenciadas: um relato de experiência**. Revista Ciência Plural, v. 4, n. 1, p. 36-43. Natal, 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

CAPÍTULO 6

MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: OS MANICÔMIOS FORAM SUBSTITUÍDOS. MAS E A LÓGICA MANICOMIAL?

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 05/12/2020

Bárbara Monique Pereira da Silva Leal
CAPS Paulo Marcos Costa
Pós-Graduanda em Instrumentalidade do Serviço Social (IPEMIG)
São Gonçalo/RJ

RESUMO: O presente manuscrito tem o objetivo de avaliar o funcionamento dos serviços substitutivos do modelo de atenção hospitalocêntrico após a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e como tem acontecido a inserção dos usuários dos serviços de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica de Saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, SUS, Atenção Básica.

MODELS OF BASIC ATTENTION IN MENTAL HEALTH CARE: THE MENTAL HOSPITAL HAVE BEEN REPLACED. AND HOW ABOUT THE MENTAL ASYLUM LOGIC?

ABSTRACT: The present manuscript aims to evaluate the functioning of the hospital-centered care model's substitutive services after the Brazilian Psychiatric Reform (BPR) and in which way the insertion of mental health services' users within the basic health care scope has happened.
KEYWORDS: Mental Health, Psychiatric Reform, SUS, Basic Health Care.

INTRODUÇÃO

Conforme apontam SOUZA & RIVERA (2010), a RPB está muito além da desospitalização do cuidado. Quer ser uma mudança de paradigma e transformação da sociedade e das formas de cuidado, retirando o foco da doença e trazendo o sujeito e sua singularidade para o centro das ações e dos debates, fomentando afirmação da cidadania, promoção da autonomia e liberdade e contando com diversos saberes profissionais neste cuidado, destituindo a psiquiatria do saber central para o compartilhamento de ações.

No entanto, constantemente temos ouvido de usuários que preferiam ter todos os serviços de saúde ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), porque lá "as pessoas os entendem e sabem lidar com eles. Do lado de fora dos CAPS são tratados como 'malucos' e não encontram espaços para se expressar, pois tudo é problema de cabeça"[1], o que pode nos fazer questionar o que não tem funcionado neste processo de mudança na forma de cuidado.

Quase cinquenta anos após o início da RPB, observamos que ainda não estamos consolidados. Permanecemos em constante construção do modelo de atenção integral e da lógica substitutiva, tanto com os usuários, como com os profissionais de saúde, que ainda

1 Fala de um usuário durante uma roda de conversa.

apegados ao estigma de “louco perigoso” realizam práticas segregadoras, dificultando a efetivação de uma ação voltada para o cuidado, autonomia e liberdade, em vista de um atendimento humanizado.

Neste contexto, os profissionais de Saúde Mental têm ainda um longo caminho a percorrer com vistas a visibilizar este tema entre os profissionais da Rede de Saúde, para que possam ser cada vez mais uma rede de apoio ao cuidado em saúde mental em vista da promoção da saúde e bem-estar dos usuários.

Com relação aos usuários, é preciso fortalecê-los para que possam compreender que o território é também um espaço para eles, e como tal devem circular e se deixar conhecer pela rede. Empoderá-los no sentido de se sentirem à vontade para circular no próprio espaço resgatando o exercício da cidadania e a luta pela efetivação de seus direitos.

No atual contexto brasileiro carregado de contrarreformas e retrocessos de direitos, é mais importante que nunca gritarmos e nos posicionarmos a respeito dos direitos que conquistamos até aqui. Governos passarão. Nós permaneceremos. Quantas vezes desconstruírem, nós reconstruiremos. Seremos resistência!

> Se o território é o lugar, por excelência do controle, também é o lugar possível de emergência de formas e processos de resistência. (DELEUZE, 1992 apud YASUI, LUZIO & AMARANTE, 2018)

1 I CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO À REFORMA PSIQUIÁTRICA

O primeiro hospício brasileiro fundado em 1852 no Rio de Janeiro pelo então Imperador Dom Pedro II, tinha o objetivo de separar os alienados da sociedade a fim de mantê-la segura e longe de tais ameaças. Baseado exclusivamente no saber médico, o tratamento dos alienados era na verdade uma política de controle social baseada na contenção dos corpos, retirando-lhes a identidade e o direito de existir com castigos corporais e medicalizações excessivas para dominá-los e eliminar possíveis problemas causados pela sua existência.

Trata-se de um modelo segregador e vitimizador da população usuária, que permaneceu sem grandes mudanças até a década de 1970, onde com a abertura do governo militar[2] foi desencadeada uma verdadeira efervescência de movimentos sociais já que finalmente os brasileiros tiveram a oportunidade de se mobilizar e falar de seus direitos e necessidades que até então eram oprimidas e suprimidas por meio de castigos físicos e morte há uma década.

Um dos movimentos que eclodiram neste período foi o Movimento da Reforma Sanitária que reivindicava um modelo universal de atenção à saúde dos cidadãos além de mudanças práticas nas formas de atendimento. No interior da Reforma Sanitária, iniciou

2 Regime ditatorial-militar que durou 25 anos no Brasil, de 1964 a 1989. (CODATO, A. 2005. p. 83)

a mobilização de profissionais de Saúde Mental, familiares e cidadãos em busca de uma reforma também no modelo de atenção aos usuários de saúde mental, que mais tarde ficou conhecido como “Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira”.

No ano de 1986 surge no estado de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como proposta de um modelo substitutivo de tratamento à pessoas com transtornos mentais, não mais centrado no saber médico, mas contando com a participação de outros profissionais no cuidado em uma proposta de atenção em meio aberto de caráter multidisciplinar.

O ano de 1989 marcou a luta da Reforma Psiquiátrica com o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), primeira vez que se discutiu sobre o assunto no âmbito do poder legislativo brasileiro. O projeto de Lei direcionava a extinção dos manicômios e a mudança do modelo de atenção para modelos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, em meio aberto que pudesse realizar em conjunto, uma atenção integral à saúde do usuário, além de promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários destes usuários e assim pudessem circular livremente pelo território gozando dos seus direitos de cidadania, autonomia e liberdade.

Apesar da importância desta proposta e das discussões que a envolvem, este Projeto de Lei somente foi promulgado em 2001, através da lei 10.216/2001 e ficou conhecida como “Lei Paulo Delgado” e foi um marco no modelo de atenção e cuidado dos usuários de saúde mental, já que redirecionou o modelo de tratamento para o meio aberto e tornou prioritário o cuidado em serviços de base comunitária.

A partir de então, inicia o direcionamento de extinção progressiva dos manicômios, entendendo a importância de um tratamento de base comunitária, com vistas a reinserção familiar e social e promoção da cidadania dos usuários, deixando os serviços de saúde mental de ser serviços em caráter de instituição total e passando a direcionar o usuário para circular os espaços do território, inserindo-lhes nos serviços como um direito de qualquer cidadão.

Para organizar e dar bases a este serviço, em 2011 através da portaria 3.088 de 23 de dezembro, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que direciona o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico para toda a Rede de Atenção Básica de Saúde.

Desde então, nós trabalhadores dos serviços de saúde mental temos trabalhado em busca da efetivação e consolidação desta rede para que o usuário possa cada vez mais se inserir nos espaços e acessar os direitos de livre circulação no território e exercício da cidadania.

Contudo este é um trabalho progressivo, que ainda não está efetivado, mas em permanente construção.

2 | A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

De acordo com o capítulo I da Política Nacional de Atenção Básica (2006), este nível de atenção é:

> Um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção a agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde – ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem estas populações.

A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial para o atendimento da população. É o local onde a comunidade irá recorrer por meio de encaminhamentos ou por livre demanda para a resolução de suas necessidades de saúde das mais básicas às de nível mais complexo, fazendo-se conhecer e buscando a efetivação e a garantia de seus direitos de atendimento.

O atendimento da atenção básica está no território, próximo da realidade dos usuários, do seu local de moradia, costumes e formas de produzir a vida. Trata-se de um ponto estratégico para cuidado, promoção de saúde e prevenção de doenças, disseminação de informações, estímulo a capacitação e participação política dos usuários no que tange ao controle social e cidadania, por isso de grande importância para a construção de um atendimento efetivo.

Este modelo de atenção é fundamental para o cuidado dos usuários que residem no território e por sua característica de universalização, atuação territorial, desenvolvimento de vínculos entre profissionais e usuários e acompanhamento sistemático, torna-se essencial no cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, que a partir da RPB, deve ser pensado a partir da partilha de saberes de diversos profissionais e rede de cuidado a fim de possibilitar a assistência integral ao usuário promover a desfragmentação do cuidado.

A abertura do cuidado destes usuários à rede de atenção básica, tira-nos do ranço das instituições totais, como os manicômios e devolve ao usuário o direito de circular em todos os espaços, promovendo-lhes a cidadania e contribuindo para a extinção dos estigmas comumente atribuídos aos usuários de saúde mental, como as crenças de que tratam-se de “loucos perigosos” e “incapazes”.

Esta forma de trabalho possibilita a construção de um cuidado compartilhado, legitimando os diversos saberes que atuarão sobre a realidade permitindo a contribuição de cada um na leitura e intervenção na realidade. Trata-se de uma forma de trabalhar de maneira colaborativa e construtiva possibilitando a troca entre instituições e profissionais para o alcance de novas possibilidade de atuação e na busca da integralidade da ação e

maior eficácia de intervenção na saúde do usuário.

Torna-se assim, uma via de atuação colaborativa e estabelecimento de corresponsabilidade dos diversos setores da rede e atores envolvidos no cuidado em saúde em busca do avanço do cuidado dos usuários atendidos podendo aumentar a adesão do usuário ao tratamento, já que a atenção básica é a porta de entrada e o setor mais próximo da realidade do usuário, através das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à saúde da família (NASF).

3 | EXTINÇÃO DOS MANICÔMIOS E MANUTENÇÃO DA LÓGICA MANICOMIAL: A QUEM INTERESSA UM "MANICÔMIO DE PORTAS ABERTAS"?

A Lei Paulo Delgado foi um marco no modelo de atenção à usuários de saúde mental. Contudo, apesar das inúmeras e repetitivas orientações a respeito das estratégias de cuidado de base comunitária e da instituição da Portaria 3.088/2011 (RAPS), o que se percebe é que os pacientes permanecem segregados, mas desta vez em meio aberto.

Ainda podemos perceber nas estratégias de cuidado, o ranço do modelo de instituição total onde o usuário permanece durante todo o dia e tem receio de sair para frequentar os serviços. Falar ao usuário sobre a estabilização de seu quadro e possível transferência para continuidade de seu tratamento em ambulatório é para ele visto como um "castigo".

O que se percebe é que ainda falta muito na articulação do cuidado do usuário na rede de atendimento, a fim de que o usuário não dependa apenas do serviço do CAPS mas crie dependência de outros dispositivos e redes, conforme orientado pela RAPS, o que aumentaria sua rede de apoio e geraria maior autonomia e liberdade.

Ainda se faz necessária a apropriação por parte dos profissionais de saúde mental das diretrizes de atendimento do público usuário que conta com estratégias a serem seguidas para a inserção da saúde mental na Atenção Básica e maior suporte dos usuários, visando sua integralidade na oferta de serviços[3].

Como vemos, o caminho não é um desconhecido a ser desbravado. Existem diretrizes e os primeiros a se apropriarem dele precisam ser os profissionais de saúde mental. Precisa partir de dentro a luta por mudança. Fazer conhecer a lógica do cuidado e o usuário tal como ele é: um ser cheio de singularidade que não merece e não deve ser visto como um transtorno ou um CID[4]. Ou como afirmam YASUI, LUZIO & AMARANTE (2018), mostrar que o usuário não é um transtorno, ele "tem um transtorno a ser tratado, que precisa ser colocado entre parênteses" em seu dia a dia, pois ele é muito mais do

---

3 De acordo com SOUZA & RIVERA (2010), as estratégias para a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica seriam: Apoio matricial da Saúde Mental nos serviços de Atenção Básica; a formação, como estratégia prioritária para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da Atenção Básica. Os eixos de atuação propostos são: a responsabilização, articulação, acolhimento, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado.

4 Classificação Internacional de Doenças.

que seus sintomas. A partir deste árduo trabalho (porém muito necessário), crescem as possibilidades de realização de um atendimento humanizado, integral e compartilhado.

Se a distribuição do cuidado não é feita em vista de um tratamento integral, o serviço não cumpre seu papel de "substitutivo" e volta às origens de instituição total, segregando os usuários em vez de empoderar-lhes em vista de conhecer e assumir seus direitos e seu lugar de cidadãos na sociedade. Um verdadeiro "manicômio de portas abertas", que poderia ser considerado um retrocesso e um regime de tratamento ainda mais violento do que antes: O regime anterior aprisionava corpos. Aqui, falamos do risco de aprisionamento de subjetividades com aspecto e falsa sensação de liberdade, ou conforme FOUCAULT (1975), a prática da docilização de corpos como forma de dominação, realizando a manutenção das práticas higienistas e segregadoras, veladas de liberdade. Ou, conforme YASUI, LUZIO & AMARANTE (2018), o serviço corre o perigo de tornar-se

> um poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares, que investem na normalização de corpos e de práticas de controle, que se capilarizam nos territórios dos espaços urbanos. Produção de corpos e de modos de vida: do corpo dócil ao corpo útil, cumplice, aparentemente participativo, ajustado, consumidor. (p.179)

4 I CONCLUSÃO

Desde a década de 1970, a sociedade brasileira muito avançou no quesito políticas públicas. O Movimento da Reforma Sanitária, um dos movimentos populares iniciados neste período, nos trouxe a possibilidade de repensar o modelo de saúde que estava sendo oferecido para a população até aquele momento e iniciar a construção de um novo modelo de saúde pautado na universalização do acesso, descentralização e humanização.

Em 1988 com a promulgação da Constituição Federal vigente, é constituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com base nas reivindicações e questionamentos iniciados nos movimentos de Reforma Sanitária.

Este novo modelo nacional de oferta de serviços de saúde traz como novidade a universalização do acesso (todos têm direito a acessá-lo, independente critérios de elegibilidade), descentralização de serviços e corresponsabilidade entre os entes federativos (união, estado e municípios), serviços de base territorial (atende de acordo com a base territorial populacional).

Esta nova forma de organização de serviços de saúde tornou-se uma política fortalecedora das orientações e práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica no que tange ao atendimento dos usuários dos serviços de saúde mental. A partir do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível pensar a saúde enquanto política universal e igualitária, com a oferta de serviços descentralizados e hierarquizados, de caráter humanizado e de participação popular efetiva e ativa na sua construção.

No que diz respeito à inserção do cuidado em saúde mental nos dispositivos

de atenção básica de saúde, a RAPS (portaria 3.088/2001) traz a necessidade de um serviço de saúde mental articulado aos serviços de atenção básica de território, a partir da corresponsabilidade e colaboração mútua de serviços a fim de ofertar atendimento integral aos usuários.

Em 2019, a RAPS completa a sua maioridade. Aos 18 anos, podemos dizer que ainda temos como um desafio a luta pela efetivação desta jovem que tem sido tão atacada nos últimos anos através de medidas tomadas pelo governo federal, das eras Temer e Bolsonaro proporcionando celeridade do desmonte de tantos avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica, até aqui.

No ano da maioridade da RAPS, com um longo caminho a percorrer na efetivação e promoção desta rede e do atendimento humanizado aos usuários dos serviços de saúde mental, a luta pela efetivação e pela permanência desta forma de cuidado precisa estar mais viva do que nunca na atuação de cada profissional de saúde mental.

Muito ainda temos que nos apropriar da construção desta rede de atendimento de maneira a efetivar um atendimento favorável e integral aos nossos usuários e promovê-los, a fim de que se reconheçam como sujeitos de direitos e possam estar na sociedade lutando por seu espaço.

No atual contexto de retrocessos e ataques aos avanços obtidos até aqui, precisamos resistir com nossa atuação profissional pautada na ética e nos direitos humanos em defesa dos usuários e na garantia de seus direitos. Seguiremos adiante! Não retrocederemos!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abr. de 2001. Lei Paulo Delgado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em 10 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > Acesso em: 10 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf > Acesso em 18 out 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html >. Acesso em 18 out 2019.

CODATO, A. Uma história política da transição brasileira: Da ditadura militar à democracia. Revista Sociologia e Política. nº 25. Curitiba. 2005. p. 83-106.

CORREIA, V. BARROS, S. COLVERO, L. Saúde Mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Revista Escola de Enfermagem USP. 2011. 45(6). p. 1501-1506.

DELEUZE, G. (1992). Conversações, 1972-1990. São Paulo, SP. Ed 34.

DELGADO. P. G. Revista trabalho, educação e saúde. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. Rio de Janeiro. 2019. 17(2). Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020241.pdf > Acesso em 18 out 2019.

FONTES. E. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil.

FOUCAULT. M. Vigiar e punir. 1975. Biblioteca de teoria política; 9. 2013.

HIRDES. A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf > Acesso em 10 out 2019.

LEMLE. M. O primeiro hospício do Brasil e o controle social no fim do século XIX [Online]. Scielo em perspectiva: Humanas; 2016. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2016/10/28/o-primeiro-hospicio-do-brasil-e-o-controle-social-no-fim-do-seculo-xix/ > Acesso em 10 out 2019.

PAIVA, C; TEIXEIRA, L. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, ciências, saúde. Manguinhos - Rio de Janeiro. V.21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35.

RIBEIRO. D. C. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o hospício de Pedro II em outras perspectivas. História, ciências, saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, out-dez. 2016, p. 1153-1167.

RIBEIRO. S. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. Psicologia, ciência e profissão. 2004, 24 (3). p. 92-99.

SOUZA. A. C; RIVERA. F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf > Acesso em 10 out 2019.

TEIXEIRA, M; COUTO, M; DELGADO P. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Revista Ciência e Saúde coletiva, 22 (6). 2017. p. 1933-1942.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção Psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Revista Polis e Psique, 2018; 8(1): 173-190.

CAPÍTULO 7

MÚSICA: INSTRUMENTO PARA HUMANIZAR O ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 01/02/2021

Maria Cláudia Mendes Caminha Muniz
Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/6837060298959884

Liana Albano Cavalcante
Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/8823568933451478

Paula Franco de Almeida
Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
Fortaleza – Ceará

Jamilo Nogueira Paula
Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/6288560083061384

Jocélia Maria de Azevedo Bringel
Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/4222784341674851

Laurena Gonçalves Lima Costa
Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará

RESUMO. Este trabalho objetiva verificar uso da música como estímulo auditivo junto aos pacientes e familiares da Unidade de Tratamento Intensivo de Neonatologia (UTIN). Foi realizado um questionário com a equipe multiprofissional 01 mês após a implantação do projeto, identificando os resultados como a diferenciação no toque ao paciente pela equipe multiprofissional, bem como diminuição no estado de estresse, diminuição da taquicardia, e melhora nos padrões de sucção do bebê após a estimulação musical. Conclui-se que a música proporciona mudanças comportamentais tanto no paciente quanto na equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Neonatologia. Terapias Complementares. Musicoterapia.

MUSIC: INSTRUMENT TO HUMANIZE CARE IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: This work aims to verify the use of music as an auditory stimulus with patients and family members of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). A questionnaire was carried out with the multiprofessional team 01 month after the implementation of the project, identifying the results as the differentiation in the touch to the patient by the multiprofessional team, as well as a decrease in the state of stress, a decrease in tachycardia, and an improvement in the baby's sucking patterns. after musical stimulation. It is concluded that music provides behavioral changes both in the patient and in the team.

KEYWORDS: Neonatology. Complementary Therapies. Music Therapy.

1 I INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) caracteriza-se como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que

necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes (DUARTE; ELLENSOHN, 2007).

Quando nasce, um bebê não tem maturidade psíquica suficiente para perceber que ele é um sujeito em um mundo composto por vários outros sujeitos. É incapaz em distinguir seu próprio corpo dos outros objetos, e sobretudo da mãe, que o bebê precisa estar unido em simbiose a um outro. O bebê é totalmente dependente deste “Grande Outro” (Lacan), geralmente a mãe, em todos os sentidos. Ela é a grande responsável por encaminhar este novo ser na sua inscrição como sujeito no mundo, como ser único. É através do desejo de um “Outro” que o bebê pode desenvolver o seu psiquismo e perceber que ele é um ser “separado” que pertence a este mundo da linguagem. Assim, a função materna torna-se mola mestra nesta construção. É estar disposto e disponível para emprestar seus desejos e significados a um outro ser, é estar disponível totalmente a este novo ser através do olhar, do falar, do cuidar, através do contato, do carinho, do afeto e do amor. Este vínculo entre mãe e filho não nasce pronto, deve ser construído. Quando um bebê nasce e vai para uma UTIN, algumas dificuldades ameaçam a instalação deste vínculo, pela separação e pouco contato, além deles serem retirados de seus braços ainda muito cedo. Existe também o medo de se apegar a um ser que poderá morrer, ou seja, existe o medo, nestes casos, de uma separação bem real e definitiva: a morte, situação ansiogênica que gera stress e angústia. Isto sem contar que os cuidadores daquela criança passam a ser os médicos e não os pais (bebê ‘dos médicos’, bebê ‘da equipe’). A instalação do vínculo se dá pelo estar em contato, no falar, cantar, tocar e olhar para o bebê (WINANDY, 2009; NEGREIROS et al., 2003a; NEGREIROS; CARVALHO, 2003b).

Segundo Brazelton (1988), são observados pelo menos cinco estágios pelos quais passam os pais para que possam ver o bebê como seu e com isso estabelecer uma relação, um vínculo: 1) o relacionamento dos pais com o bebê se dá pelos relatórios médicos, e dados físicos do bebê fornecidos pela equipe médica; 2) reconhecimento de movimento reflexos do bebê com a equipe médica pelos pais, mas ainda sem procurar eles mesmos provocar estas reações; 3) com uma maior movimentação do bebê, ainda em relação à equipe médica, os pais começam a ver o neném se transformando em pessoa, mas ainda não tentam estimulá-lo; 4) os pais começam a se relacionar com o neném e a tentar estímulos que provoquem alguma resposta (podem se perceber como responsáveis pelas respostas do bebê); e 5) o último estágio é aquele em que os pais ousam pegar a criança, segurá-la ou alimentá-la, onde eles estabelecem um vínculo com o filho e se acham capazes de cuidar deste bebê. É preciso sensibilizar os pais para a construção deste vínculo. É preciso que eles passem por estas etapas (BRAZELTON, 1988)

Em 2010, a ANVISA publica a RDC n°7 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de terapia. Esta resolução em seu art. 4, inciso IX discorre acerca da humanização da atenção à saúde ressaltando a valorização da dimensão

subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010).

A música surge na unidade de terapia intensiva neonatal como mais uma proposta de terapêutica que integra os demais cuidados realizados no paciente, conforme conclui Silva et al (2013) "o uso da música como ferramenta complementar à promoção da saúde".

Diversos estudos relatam os benefícios da música no ser humano. Um estudo observou as respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termos e verificou que a musicoterapia pode modificar em curto prazo as respostas fisiológicas de recém-nascidos pré hospitalizados com um mínimo de exposição de sessões diárias (SILVA; CAÇÃO; SILVA; MARQUES; MEREY, 2013).

Esta pesquisa tem como objetivo verificar o resultado do uso da música como estímulo auditivo junto aos pacientes e familiares da Unidade de Tratamento Intensivo de Neonatologia (UTIN).

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, prospectivo e experimental, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara, com início em fevereiro de 2019, após liberação pelos trâmites legais. São inclusos todos os bebês e familiares da UTIN e excluídos os bebês sem condições clínicas para estímulo auditivo e em isolamento crítico. Durante os atendimentos aos bebês são observadas as variáveis: parâmetros fisiológicos e comportamentais, redução do choro e da irritabilidade, qualidade e tempo de sono/vigília (sono profundo), padrão de sucção. Em relação à mãe as variáveis observadas são: ansiedade materna, vínculo mãe-bebê e produção láctea.

O atendimento do bebê é realizado na incubadora e a fonoaudióloga promove a estimulação com acalantos/melodias vocais e toques corporais, observando os sinais de aceitação/retraimento do bebê pela aplicação da Escala de Dor para Recém-Nascidos (NIPS). A estratégia fonoterápica é escolhida conforme necessidade do bebê: consolo, localização e acolhida, estímulo cérvico-orofacial, alimentação. Diariamente, após a manipulação dos bebês pela equipe multiprofissional, é colocada uma caixa de som portátil, com músicas instrumentais selecionadas, com intensidade fraca (música ambiente - <50dB). O tempo de exposição será de 30 minutos. Semanalmente são trabalhadas com grupo de mães, pela musicoterapeuta, canções de ninar, folclóricas e técnicas como a recriação, relaxamento, procurando minimizar o stress das mães.

Os dados foram tabulados e analisados no programa Microsoft Excel, versão 2007, e as variáveis submetidas à análise de frequência e percentual.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observada no primeiro mês uma aceitação da equipe em relação ao projeto. Foi aplicado um questionário em 22 profissionais da equipe dos três turnos e constatou-se que, muitos conheciam o uso da música em unidades hospitalares, mas “*não sabia que podia ser usado com bebês tão pequeninos*”.

Música durante o atendimento	Técnico		Enfermeira		Médico		Fisioterapeuta		Psicólogo		TOTAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
Inútil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Interessante	5	22,73	0	0,0	2	9,09	0	0,0	0	0,0	7	31,82
Tanto Faz	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Importante	4	18,18	2	9,09	4	18,18	1	4,55	1	4,55	12	54,55
Necessário	2	9,09	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,55	3	13,64
TOTAL	**11**	**50,00**	**2**	**9,09**	**6**	**27,27**	**1**	**4,55**	**2**	**9,09**	**22**	**100**

Tabela1. Demonstrativo de Funcionários e o Uso da Música Durante o Atendimento

Não foram encontrados estudos que correlacionassem a música e a inter-relação paciente-profissional, mesmo em trabalhos sobre neonatologia. Em sua maioria relacionam a música aos seus efeitos no bebê.

Os profissionais médicos também relataram melhoras no estado de estresse, diminuição da taquicardia, melhora nos padrões de sucção após a estimulação musical. A literatura disponível sugere que a presença do som ritmado e harmônico pode aliviar as dores de causas física e emocional e agir em parâmetros hemodinâmicos, tais como frequência cardíaca (FC), pressão arterial sistêmica (PA) e temperatura corporal (TC), além de promover regularização do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhora do sono. Pode-se observar que a música foi utilizada como uma estratégia para a redução da dor e do estresse nos bebês prematuros tendo seu efeito positivo. Outro ponto relevante encontrado foi relacionado ao ganho ponderal, redução do gasto energético, sucção precoce e melhor aceitação da alimentação (ZANI; ZANI, 2017).

Toque no bebê	Técnico		Enfermeira		Médico		Fisioterapeuta		Psicólogo		TOTAL	
	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%	QTD	%
Não mudou nada	1	4,55	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,55
Mudou pouco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ajo normal	2	9,09	0	0,0	0	0,0	1	4,55	0	0,0	3	13,64
Mudou meu toque no bebê	4	18,18	1	4,55	2	9,09	0	0,0	0	0,0	7	31,82
Tenho um olhar diferente agora	3	13,64	1	4,55	4	18,18	0	0,0	0	0,0	8	36,36
Não respondeu	1	4,55	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	9,09	3	13,64
TOTAL	**11**	**50,00**	**2**	**9,09**	**6**	**27,27**	**1**	**4,55**	**2**	**9,09**	**22**	**100**

Tabela2. Demonstrativo de Funcionários Segundo o Toque no Bebê Após a introdução da Música na UTIN

A música pode facilitar a comunicação, o estabelecimento da relação terapêutica, a auto expressão e "mover no espaço": pacientes, médicos, enfermeiros, familiares e outros profissionais, não somente no sentido físico, mas, também, no sentido emocional e psíquico, com ressonâncias sociais (BARCELOS, 2015).

O estímulo sonoro musical propicia uma resposta corporal, gestual, não verbal, na qual o indivíduo expõe o seu sentimento mais facilmente, eficácia observada no atendimento de pacientes com distúrbios nervosos e comportamentais (MONTEIRO; FERMOSELI, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A música, dentro da unidade, proporcionou um olhar mais humanizado e diferenciado para com o paciente. Houve a melhora do toque e da empatia dos profissionais para com os bebês internados.

Observou-se também melhoras no estado de estresse, diminuição da taquicardia, e melhora nos padrões de sucção do bebê após a estimulação musical.

REFERÊNCIAS

DUARTE, Paz Pereira; ELLENSOHN, Lisara. **Operacionalização Do Processo De Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal**. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2007out/dez; 15(4):521-6).

WINANDY, Priscilla. Acalanto: **Um Embalo Para A Vida**. Ano XI, Número 9, 2009. In: Anais. IX Fórum da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro – AMTRJ. Natal: nov, 2003b. Acesso em fevereiro/2-19, disponível em: <http://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/11/7-Acalanto-um-embalo-para-vida.pdf>.

NEGREIROS, Martha et. al. **Projeto MAME**: Musicoterapia no aleitamento materno exclusivo. Rio de Janeiro, 2003a.

NEGREIROS, Martha; CARVALHO, Paula. **Projeto MAME** (Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo): uma proposta metodológica clínica em construção. In: Anais. IX Fórum da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro – AMTRJ. Natal, nov, 2003b.

BRAZELTON, T. Berry. **O Desenvolvimento do Apego**: uma família em formação. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

SILVA, Camila Mendes da; CAÇÃO, Jessica Marcelle R.; SILVA, Karin Cristina dos S.; MARQUES, Cassia Fernandes; MEREY, Leila Simone F.. **Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos à musicoterapia clássica**. Rev Paul Pediatr., 2013;31(1):30-6.

ZANI, Edrian Maruyama; ZANI, Adriana Valongo. A Musicoterapia como Estratégia Terapêutica para o Prematuro Hospitalizado: Revisão Integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Vol.21, n.1, pp.111-118 (Dez 2017 – Fev 2018).

MONTEIRO, D. H. M.; FERMOSELI, A. F. de O. **Musicoterapia**: Contribuição Como Ferramenta Terapêutica No Auxílio a Tratamentos de Patologias Adversas Inseridas no Âmbito Da Saúde. Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, v. 2, n.2, p. 91-110, Nov 2014. Disponível em: <periodicos.set.edu.br>.

BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde** – a dança nas poltronas! Revista Música Hodie, Goiânia, V.15 - n.2, 2015, p. 33-47.

CAPÍTULO 8

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NA GESTÃO COMPARTILHADA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 31/12/2020

William Caracas Moreira
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.org/0000-0003-2138-3445

Myllena Maria Tomaz Caracas
Secretaria de saúde do estado do Ceará
Fortaleza, Ceará
https://orcid.org/0000-0002-0997-3904

Maryanna Tallyta Silva Barreto
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.org/0000-0002-3829-0192

Thaisa Maria de Andrade Gonçalves
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.org/0000-0001-9237-1076

Maria Irla de Souza Santana
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.org/0000-0002-2029-1613

Ceres Alice Gomes de Barros Sátiro
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.gov/0000-0003-2801-8950

Milena Leite Veloso
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.gov/0000-0003-1455-7988

Hertha Nayara Simão Gonçalves
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.gov/0000-0002-6812-5323

Maysa Victória Lacerda Cirilo
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.gov/0000-0003-0189-4475

Laiara de Alencar Oliveira
Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos, Piauí
https://orcid.gov/0000-0002-3653-1108

Ana Kelly da Silva Oliveira
Secretaria municipal de Saúde de Tauá
Tauá, Ceará
http://lattes.cnpq.br/4946274308854981

Francisco Florêncio Monteiro Neto
Complexo Hospital das Clínicas – UFPR
Curitiba, Paraná
https://orcid.org/0000-0001-5005-2368

RESUMO: O presente estudo visa descrever a importância do conselho municipal de saúde na gestão do sistema único de saúde. E, surgiu a partir da necessidade de entender o que representa os conselhos municipais em saúde (CMS) na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), abordando uma temática pouco difundida dentro da gestão em saúde pública. Portanto, trata-se de uma revisão integrativa de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Utilizou-se como base de dados a Biblioteca virtual de Saúde (BVS) por meio dos descritores:

Gestão em Saúde; Participação da Comunidade; Sistema Único de Saúde. Encontrou-se 521 periódicos disponíveis, e destes, foram selecionados 13 periódicos que obedeciam aos critérios de: idioma em português/Brasil, publicados nos últimos 10 anos, não fugisse ao tema abordado e que apresentasse logística, clareza e coerência ao exporem seus achados. E foram excluídos todos os demais que não se enquadram nos parâmetros citados, exceto leis, resoluções, decretos e prerrogativas que constarem em anos anteriores aos supracitados, mas que ainda estevam em rigor. Assim, os resultados apontam para uma organização complexa e regionalizada de saúde, em que o CMS é a chave motora de veiculação de *feed-back* para o sistema de saúde, pois, se funcionando de acordo com o teórico, os serviços de saúde pertencentes ao SUS teriam potencial para atender as necessidades de cada população de forma direcionada, consolidando o princípio da integralidade. Em suma, visto que a cidadania favorece a sustentação para o controle social do SUS. É, portanto, imprescindível o papel desempenhado pelo cidadão brasileiro ao participar da gestão em saúde que determina de forma direta e indireta quais serão as políticas públicas de saúde que será ofertado para toda a população.
PALAVRAS – CHAVE: Gestão em saúde, participação da comunidade, Sistema Único de Saúde.

THE MUNICIPAL HEALTH COUNCIL IN SHARED MANAGEMENT OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: This study aims to describe the importance of the municipal health council in the management of the single health system. And, it arose from the need to understand what municipal health councils (CMS) represent in the organization of the Unified Health System (SUS), addressing a theme that is not widespread within public health management. Therefore, it is an integrative review of a descriptive nature and a qualitative approach. The Virtual Health Library (VHL) was used as database through the descriptors: Health Management; Community Participation; Unified Health System. There were 521 journals available, and of these, 13 journals were selected that met the criteria of: language in Portuguese / Brazil, published in the last 10 years, did not escape the topic addressed and that presented logistics, clarity and coherence when exposing their findings. And all the others that do not fit the mentioned parameters were excluded, except laws, resolutions, decrees and prerogatives that appear in years prior to the aforementioned ones, but which are still in force. Thus, the results point to a complex and regionalized health organization, in which the CMS is the driving force behind the transmission of feed-back to the health system, since, if functioning according to the theoretical, the health services belonging to the SUS would have the potential to meet the needs of each population in a targeted manner, consolidating the principle of integrality. In short, since citizenship favors support for the social control of SUS. It is, therefore, essential the role played by the Brazilian citizen when participating in the health management that determines in a direct and indirect way which will be the public health policies that will be offered to the entire population.
KEYWORDS: Health Management, Community Participation, Unified Health System.

1 I INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi viabilizado à população brasileira através da Constituição Federal (CF) de 1988 e posteriormente pela lei orgânica da saúde n° 8.080 de 1990. Definiu em seu artigo 196, a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Mas, como modo de garantir que o sistema proveria a população de serviços de saúde resolutivos, foi instituído a lei 8.142 de 1990, que complementa as anteriores e leva em consideração a participação dos diversos segmentos da sociedade, pondo em prática a tão falada democracia brasileira, isto é, através do controle social estabelecido como uma diretriz nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990).

Conforme a Carta Magna de 1988, em seu artigo 194, consta que a seguridade social comporta um conjunto integrado de práticas de iniciativa da sociedade e dos poderes públicos, designado a assegurar os direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social do povo brasileiro. Dessa maneira, a participação popular torna-se uma das diretrizes do SUS, garantindo que o povo tenha direito de participar de forma ativa nas decisões da saúde, de forma organizada, por meio dos conselhos e conferências de saúde e em todo território nacional (BRASIL, 1990).

Os Conselhos de Saúde (CS) existem nas diversas instâncias: Federal, Estadual e Municipal. São compreendidos como instituições permanentes, colegiadas e deliberativas da maquinaria político-institucional do SUS. Possuem funções como a formulação de estratégias voltadas à assistência de saúde, analisar retrocessos do sistema e o controle e fiscalização da execução das políticas de saúde nas instâncias correspondentes.

O Conselho Federal de Saúde é um grupo unificado e válido para executar suas funções em todo território nacional, enquanto o Conselho Estadual e o Municipal de saúde são deliberados para que atuem em cada estado e cada município correspondente (BRASIL, 2006).

No Conselho Municipal de Saúde (CMS) estão inclusos representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e membros da comunidade, divididos de forma paritária. De toda a composição do CMS, 50% são usuários do serviço de saúde, 25% dos trabalhadores da saúde e os últimos 25% é composto por gestores/governo, prestadores de serviço privados, conveniados ou sem fins lucrativos. Ainda neste contexto, o povo possui o maior percentual de composição do CMS, como um meio democrático de prover da oportunidade de se envolver com os problemas e decisões que os afetam diretamente, isto é, um meio de aplicação da democracia como forma de garantir que os usuários do SUS desempenhem o papel de cidadãos diante do planejamento de políticas públicas de saúde (GUIZARDI, 2008).

No cotidiano das pessoas, sejam elas de zonas urbanas ou rurais, o tempo tem se

tornado curto e os dias cada vez mais corridos. Com uma sensação de que não vai dar tempo de fazer tudo que tem que ser feito, o brasileiro do século XXI deixa de lado algumas responsabilidades para com a sociedade, sendo o exercício da cidadania uma das mais preocupantes. O termo cidadão está relacionado ao dever político ou à representação de algo e dessa forma todo ser humano que ocupa o território nacional, inscrito no cadastro de pessoas físicas (CPF) e apto a votar fazem parte deste conceito, e, portanto, é um representante da sociedade em potencial.

A maioria dos brasileiros estão aptos a votar e escolherem seus representantes e por vez se candidatarem, entretanto, não desempenham a cidadania de forma ativa. Assim, os cidadãos brasileiros, em grande maioria, são ausentes nos conselhos de saúde e principalmente na esfera municipal. Ainda nesse contexto, as políticas de saúde de todo território nacional deixam de ser eficazes e/ou resolutivas e passam a ser ineficazes, pela simples ausência da participação do cidadão ativo, resultando em um sistema que oferta saúde, mas que não tem uma impressão verídica da real necessidade da população brasileira. Diante do exposto, emerge a seguinte indagação: Quão importante é conhecer as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Desse modo, é imprescindível o papel desempenhado pelo cidadão brasileiro ao participar da gestão em saúde que determina de forma direta e indireta quais serão as políticas públicas de saúde que será ofertado para toda a população brasileira. Por este motivo, torna-se importante a qualidade do cidadão representante e a intensa atuação do mesmo para que todos os objetivos sejam alcançados, principalmente em se tratando de bem-estar e progresso, dentro dos parâmetros atuais de desenvolvimento e alcance dos objetivos das políticas públicas de saúde. Dessa forma, a cidadania favorece a sustentação para o controle social do SUS.

Portanto, o presente trabalho visa, principalmente, compreender a importância do conselho municipal de saúde na gestão dos serviços de saúde ofertado pelo sistema brasileiro. Assim como identificar as representações que devem compor o conselho municipal de saúde, discorrer acerca da função do conselho municipal de saúde na gestão do SUS, descrever os déficits enfrentados pelo conselho municipal de saúde e, por fim, disseminar conhecimentos relacionados à adesão da população à participação social no conselho municipal de saúde.

2 I MÉTODO

A pesquisa surgiu a partir da necessidade de entender o que representa os conselhos municipais de saúde (CMS), em abordagem de uma temática pouco difundida dentre a gestão em saúde pública. O presente estudo trata-se de uma revisão cientifica da literatura, de caráter qualitativo que buscou explanar de forma subjetiva determinado grupo que compartilha de uma característica comum. E, através do método descritivo discorre

acerca da participação do conselho municipal de saúde na gestão dos serviços de saúde ofertados pelo sistema brasileiro.

Então, por meio da revisão cientifica da literatura disponibilizada virtualmente o estudo vem a contribuir para a comunidade, e dissemina conhecimentos pouco discutido no senso popular, esclarecendo dúvidas e entraves em relação ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde. E, ainda serve de alerta às pessoas quanto ao seu papel mediante a formação das políticas públicas de saúde, além de instigar os cidadãos a participarem dos conselhos de saúde.

Os dados utilizados são de origem secundária e foram coletados por meio de uma busca na rede de internet, por meio de um estudo cientifico literário no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para tal, foi empregado os seguintes descritores: Gestão em Saúde; Participação da Comunidade; Sistema Único de Saúde. Encontrou-se 521 periódicos disponíveis, e destes, foram selecionados 18 periódicos que obedeciam aos critérios de: idioma em português/Brasil, publicados nos últimos 20 anos, que não fugisse ao tema abordado e que apresentasse logística, clareza e coerência ao exporem seus achados. E foram excluídos os periódicos de abordagem estritamente quantitativa, os duplicados, os que não se enquadram nos parâmetros citados, exceto leis, resoluções, decretos e prerrogativas que constarem em anos anteriores aos supracitados, mas que ainda estejam em rigor. Dessa maneira, foram excluídos 2 artigos que eram duplicados, 2 que eram estritamente quantitativos e 1 que fugiam em quase totalidade ao tema abordado, por conseguinte foram cruzados 13 artigos que realmente se encaixavam na pesquisa.

Pode-se justificar os critérios uma vez que os autores brasileiros ou naturalizados muito provavelmente publiquem artigos em língua portuguesa/Brasil, o que facilitará a compreensão do tema abordado, e contribuiu para que a revisão não fugisse ao tema em questão, ou descrevesse realidades que não se enquadram no cenário brasileiro, e colabore para um estudo coeso, logístico e claro, para a melhor interpretação da temática e o êxito da pesquisa.

Todos os artigos disponíveis na base de dados adquirida após a busca inicial, foram analisados, ordenados e conseguinte eleitos os artigos e periódicos que obedeciam às especificações de inclusão da pesquisa. Após esta seleção, os artigos foram lidos, interpretados e analisados se eram apropriados para uso no estudo, uma vez que estes deviam responder as seguintes perguntas norteadoras: Qual a importância dos conselhos municipais de saúde (CMS) para os cidadãos brasileiros? Quais os perfis ideias para uma representação proativa? Qual o ganho da população ao participar ativamente dos CMS? Quais as principais funções dos CMS? Quais os principais desafios ou dificuldades encontradas para a atuação do CMS? Porque a população não participa ativamente dos conselhos de saúde?

Após isso, foi feito uma nova seleção dos periódicos obtidos, e eleitos os artigos que compreendiam, da melhor maneira, as respostas às indagações descritas anteriormente.

Nesse sentido, podiam ser utilizados dos artigos, escolhidos na segunda seleção, desde frases, parágrafos, trechos e até textos em sua integra, como base formadora de opinião cientifica para a produção da revisão cientifica da literatura abrangente do tema. E desta maneira, estruturou-se o trabalho de conclusão de curso (TCC).

De acordo o código penal brasileiro, o artigo 184 torna crime a violação total ou parcial dos direitos autorais. Portanto, devido a pesquisa utilizar dados secundários não se fez necessário a submissão/aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Ainda nesse contexto, este estudo está devidamente referenciado e em consonância com os aspectos legais da constituição.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capitulo apresentam-se os principais achados da pesquisa, expondo os pontos acordados entre os autores e contrapondo-os em discussão.

3.1 Representações do Conselho Municipal de Saúde

A participação do Conselho municipal de saúde no princípio do controle social no SUS, e diante do cenário brasileiro, carrega consigo uma série de interesses de distintos seguimentos da sociedade. Infelizmente, contemporaneamente as pessoas estão divididas por interesses, estes geralmente estão atrelados às classes sociais, que isto vai desde a classe alta, permeia a média (média-alta e média-baixa) e vai até a de extrema pobreza.

As classes mais pobres apresentam um grau de instrução menor e seus valores culturais são em geral corrompidos pela “ignorância”, enquanto, geralmente a classe rica politicamente dominante possuem a capacidade de induzir diretamente nas escolhas das classes menos desfavorecidas, uma vez que controlam as ofertas de empregos, principalmente quando não há concursos públicos ou uma verídica seleção, e dispõem do capital como forma de opressão. Dessa maneira, as pessoas pobres que não sucumbem a classe dominante perderam com o tempo a fé de que podem lutar, e serem ouvidas em prol dos direitos relacionados à saúde. A exemplo disso, como cita Coelho (2012): os movimentos para fundação e implantação do Sistema Único de Saúde surgiu a partir de diversos movimentos de diferentes instâncias da sociedade.

Outra consideração importante a ser conceituada para nomeação dos conselheiros de saúde são os achados de Ramos *et al* (2012):

> “Ressalta-se a importância de que a realidade da população seja vivenciada na dinâmica diária dos Conselhos, para que os representantes possam trazer necessidades da comunidade para as discussões públicas, tornando-se um meio para conseguir atingir os objetivos de qualidade de vida da população. Como tal, associações e sindicatos têm sido considerados como espaços que mantêm uma relação orgânica com o homem comum. “

Assim, deixa-se explícito que a participação social é “sentida” como algo fundamental

para a construção do “bem-estar” social, embasada em um coletivo consciente e mobilizado. O exercício do controle social nas políticas públicas é a representação do interesse coletivo por meio da mobilização e efetiva participação social (COELHO, 2012). Por outro lado, as questões associadas com cidadania e direitos dos clientes do SUS são sobrecarregadas de impasses. De um lado é necessário acolher a Carta de Direitos dos Universitários sendo metódico para a autonomia. Por outro, é indiscutível o fato de que os profissionais da área da saúde zelem pelo princípio da beneficência.

Em maioria, os conselheiros de saúde são pessoas do sexo masculino, de idade elevada e que possuem alguma influência ou vínculo político, como atestam a maioria dos autores estudados. A lacuna fica em representações de mulheres e do público jovem, mas, Ramos et al (2012), explica que há uma falta de interesse nas questões políticas e administrativas por parte dos jovens. E que é preciso considerar também que, tendo em vista que o representante do poder público é nomeado pela prefeitura, é natural que sejam indicadas pessoas mais experientes e com cargos elevados, que possuam respaldo para debater junto à sociedade civil as demandas e reivindicações levantadas: no geral, estas são pessoas que se concentram em faixas etárias mais elevadas.

Os cidadãos conscientes e ativos desacreditam de suas participações frente ao exercício da cidadania, voltado à defesa da saúde, uma vez que para Coelho (2012), hoje, no Brasil, apesar da democracia política tão almejada, convive-se com uma grande desigualdade social e péssimas condições de vida. Essa situação leva a uma descrença no Estado e em qualquer possibilidade de mudança, fato que, conciliado a valores neoliberais incorporados pela sociedade, cria uma visão imobilizadora que tende a reproduzir as injustiças e não as transformar. Outra questão que abala significativamente a possibilidade da constituição dos sujeitos sociais são as políticas públicas neoliberais de caráter compensatório e não preventivo e redistributivo, focal e não universal.

3.2 Função do Conselho Municipal de Saúde na gestão

A Lei n.º 8.142/1990 (Brasil, 1990) prevê que as Conferências Nacionais de Saúde sejam realizadas regularmente a cada quatro anos, convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde. Independentemente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências para debater as diretrizes para a política de saúde em seu âmbito e o aperfeiçoamento do cuidado à saúde de sua população. As Conferências de Saúde reúnem representantes da sociedade – usuários do SUS, representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde – com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, estados e em âmbito nacional. A participação da população é ainda discreta vista de todas as partes, possa ser que seja motivado por problemas históricos políticos. Sendo assim, creio que isso predispõe dificuldades de interação visto que as pessoas não têm a iniciativa ou cultura de participar já que algum conceito sobre isso já foi

estabelecido de forma negativa.

Cunha e Magajewski (2012) acreditam que a representação popular é capaz de delimitar escolhas mediante a formação das políticas públicas de saúde, mas, para Ribeiro e Nascimento (2011) o exercício do Controle Social poderá se efetivar na gestão da saúde quando houver captação das decisões e absorção das aspirações e necessidades locais, uma vez que consideramos o Controle Social como a participação da sociedade civil na construção de políticas públicas.

Os conselhos municipais devem fiscalizar os gastos e investimentos, utilizados pelos gestores do município, destinados aos serviços de saúde, isto é, um balancete financeiro como forma de prestar contas à população. Porém, Bispo Junior e Sampaio (2008), as prestações de contas ocorriam de maneira superficial, com a apresentação de balancetes sucintos e aprovação imediata pelos conselheiros. Outra atribuição, segundo Brutscher (2012), cabe ao conselho municipal comunicar/alardear problemas que fogem das suas capacidades locais, para instâncias colegiadas superiores, como os conselhos Estadual e Federal.

O estudo de Bispo Junior e Sampaio (2008) destacou como principais assuntos abordados na pauta de discussão do conselho municipal de saúde estão relacionados ao abastecimento de água tratada e esgotamento sanitário, combate às deficiências nutricionais, doenças reemergentes, especialmente dengue e cólera, mortalidade infantil e gravidez na adolescência. Como também a organização e o funcionamento dos serviços de saúde foram os assuntos que mais ocuparam a pauta de discussão dos CMS.

Segundo Pires (2010), o Conselho também deveria persistir em pautas sobre novas bases de parceria para que despertasse o interesse de estudantes de vários cursos de graduação pois essas vivencias extra hospitalares auxiliam na formação crítica do aluno tanto em saúde como em educação e desenvolve uma eventual afinidade com o setor. Assim sendo, futuramente o CMS poderia ser mais atuante na gestão com novas perspectivas e novas estratégias para encarar os problemas de saúde da população.

De uma maneira generalizada o conselho municipal de saúde discute toda e qualquer ação, gestão e/ou serviço que preste assistência de saúde para a população do município em questão, e que através de deliberações possam encaminhar pareceres para os gestores municipais de saúde e até trabalhar em conjunto com as demais instâncias dependendo da necessidade de intervenção, tudo em prol da defesa da saúde do cidadão.

3.3 Entraves do SUS relacionados ao Conselho Municipal de Saúde

Segundo o autor Erdmann *et al* (2008), o SUS tem sua sobrevivência ameaçada por problemas como falhas de gestão, burocracia e falta de estímulo à eficiência. E tais problemas são relevantes, apesar das mudanças produzidas a partir da operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social (da comunidade) para a organização e gestão do sistema. Contudo, os autores Barreto *et al* (2012) argumenta

que o SUS foi criado com a capacidade de solucionar todos os problemas de saúde da população brasileira, e 80% destes através da Rede de Atenção Primária de Saúde e que em todo o mundo não há um sistema tão completo quanto este.

Diante de uma sociedade que vive carente de maturidade política, a persistência por melhores condições sociais se faz presente, é algo que se dá numa concepção dialética, de forma assimilada a instalação da fragilidade financeira, mas avaliadas às oportunidades de cada evento histórico. Do mesmo modo, a ação de um Estado supõe a existência de tensões na relação Estado-sociedade, principalmente, devido ao Estado ser.

Segundo Brutscher (2012), para promover a saúde como qualidade de vida, não pode ser um Estado patrimonialista e nem clientelista. Patrimonialista é o Estado que trata da “coisa pública” como se fosse patrimônio privado de quem está no poder. Clientelista é o Estado que se caracteriza pela troca de favores e cooptação. Precisa ser um Estado que se orienta no sentido de assegurar os direitos aos cidadãos e que permita a estes a participação no exercício dos próprios direitos.

A gestão dos recursos do município está disponível à manobra dos partidos políticos que foram eleitos e fazem parte da situação política. Muitas das vezes, principalmente nas cidades interioranas dos Estados brasileiros, os prefeitos e vereadores possuem um poder de imposição da composição dos conselheiros que devam pertencer ao conselho municipal de saúde. Esta ideia é reforçada no estudo de Bispo Junior e Sampaio (2008), quando destaca que os conselhos apresentaram diversas irregularidades quanto à sua composição e à posse dos conselheiros, com destaque para a constante quebra da paridade entre os conselheiros usuários e os demais conselheiros, a alta rotatividade de representantes por parte de algumas entidades e as constantes “reformulações” da composição do conselho, realizadas, muitas vezes, de maneira informal e sem a devida alteração da legislação pertinente e o envolvimento direto de representantes políticos com os fóruns de participação popular. Como também, na “coincidência” entre os mandatos dos conselheiros e o tempo de gestão do poder executivo

Municipal.

As dificuldades de funcionamento do Conselho Municipal de saúde não é algo recente, porém, nos últimos anos vem havendo um desinteresse por parte dos conselheiros em defender a saúde e modificar o panorama dos serviços de saúde brasileiro. Isto é evidenciado dentro do estudo de Bispo Junior e Sampaio (2008), quando foi observado uma grande irregularidade na frequência das reuniões, os conselhos não mantinham um calendário regular e, na maioria dos anos, o número de reuniões era inferior ao preconizado. Como também, em nenhum dos anos, os CMS reuniram-se, ordinariamente, uma vez por mês. Ainda nesse estudo, verificou-se, em muitas ocasiões, a dificuldade de estabelecimento do *quorum* mínimo para a reunião. As atas continham diversos apelos quanto à necessidade de maior empenho e dedicação dos conselheiros e proposições para o estabelecimento de mecanismos de punição aos conselheiros e às entidades faltosas.

Todavia, Ferreira *et al* (2012), afirma que o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP é um colegiado bastante ativo e, de 2003 a 2005, motivado pela iniciativa do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) de induzir a reorientação da formação profissional em saúde, promoveu discussões sobre os fundamentos da relação entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), gestora local do SUS, e as Instituições de Ensino Superior (IES) do campo da saúde. Em suma, com exceção de dois artigos, os demais acordam que há uma desafeição, por parte dos conselheiros de saúde e dos cidadãos, em modificar a realidade dos serviços assistenciais de saúde no Brasil.

3.4 Adesão da população à participação social no conselho municipal de saúde

A população mostra-se pouco preocupada e/ou interessada a respeito das discussões que ocorrem nas reuniões do conselho municipal de saúde, há também uma falta de diálogo entre as instancias deliberativas, gestoras e a população adstrita. De acordo com cunha e Magajewski 2012 os conselhos de saúde não substituem o legislativo, executivo e judiciário mais tem suas próprias diretrizes e atua auxiliando ao poder gestor a identificação das necessidades dos cidadãos moradores da cidade e dos entraves encontrados nos serviços de assistência à saúde do município.

Para Barreto *et.al* 2012 a participação dos usuários do serviço e valorização profissional tem como intuito procurar proporcionar uma problematização no desenvolvimento com base no âmbito do SUS tendo em vista que a população no papel de usuários cotidianamente tem como deliberar de forma mais precisa.

A participação de forma fidedigna dos cidadãos deslocava uma serie de respostas e direitos que até então estavam acobertados à tona. Se tratando de um meio coletivo é uma oportunidade de buscar direitos e ser ouvido, ter voz e vez. Além de proporcionar para si uma qualidade de vida necessária no atendimento poderia ter embasamento para reivindicar alguns direitos já que os usuários é o público mais acometido com relação a decisões de algum tipo de mudança. Isso é explicado quando Martins e Santos (2012) cita que a diretriz definida tem que atribuir a defesa de um conselho que seja voltado as necessidades da população com base nos perfis econômicos e epidemiológicos nessa linhagem de pensamento o percentual destinado para usuários salva-se as vezes que é completado no ato das reuniões. O Guizadi e Pinheiro (2012) acredita que a população é o próprio descaso onde a falta de predileções enraizada e a descrença em uma perspectiva boa traz comodismo e ficam acomodados sofrendo a mercê de decisões que afeta diretamente sua saúde.

Deve ocorrer mudanças no que diz a lei para facilitar na pratica novas formas de vigilância com o objetivo de mudar a pratica assistencial. O foco de atuação não é somente os problemas, tem-se de observar mais as precauções para assim evitar impasses que afete a qualidade de vida Barreto *et.al* (2012).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância conhecer as funções do conselho municipal de saúde, pois a partir de seu entendimento, pode se estimular um maior interesse dos grupos sociais e da sociedade em geral sobre as decisões que são deliberadas pelos conselheiros e encaminhadas à gestão de saúde, possibilitando a mesma a identificar as necessidades dos usuários e dá-los uma resposta que contribua para a qualidade de vida e promoção da saúde da população adstrita. Outro aspecto importante, é que através do interesse para com a defesa da saúde pública essas pessoas tornem-se cidadãos ativos e conscientes das suas funções sociais.

Diante do exposto, foi possível identificar os representantes e conselheiros de saúde e caracterizá-los deixando claro como deveria de fato atuar o conselho municipal de saúde, e, descrever seus principais entraves de funcionamento. Além de, através da conclusão deste trabalho, disseminar conhecimentos relacionados à uma temática muito pouco abordada. Portanto, acredita-se que todo cidadão deva ter acesso às informações pertinentes a defesa da saúde dos usuários em todas as esferas.

A discussão sobre a função e composição dos conselhos municipais de saúde deve sempre ser continuada, na busca de solucionar as irregularidades e vetar as interferências dos poderes políticos, que de forma opressora conduzem a assistência a população sem levar em consideração suas reais necessidades. Sentiu-se dificuldade em formular um conceito que servisse de padrão para a temática e em integrar artigos, principalmente os relatos, por abordarem cenários discrepantes, que possuíam CMS ativos e adequados e outros afirmavam cenários que o CMS eram totalmente inadequados. Dessa forma, entendeu-se que os CMS funcionam de acordo com o envolvimento político e idealista da população que faz parte do território municipal, e que estes são representantes em potencial.

REFERÊNCIAS

BARRETO, I. C. H. C., *et al*. **Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza – CE.** Rev. Saúde Soc., v. 21, São Paulo, 2012.

BISPO JUNIOR, J. P., SAMPAIO, J. J. C. **Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil.** Rev. Panam Salud Publica/Pan am J public health, 2008.

BRASIL; **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 - Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008.** Disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf >. Brasília - DF, 2016. Acesso em 28 de fevereiro de 2018, as 9:00 AM.

BRASIL; **Constituição da República Federativa do Brasil de 1990.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 2 de março de 2018 as 10:20 AM.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências financeiras na área da saúde, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília; 2006.

BRUTSCHER, V. J. **Gestão, Direito e Participação no SUS.** Rev. Brasileira de Ciências da Saúde, v. 16, João Pessoa – PB.

COELHO V. S. P. **A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados**. Novos estudos – CEBRAP. 2007.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. **Gestão Participativa e Valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS/Participatory management and the recognition of workers: advances in Brazilian's National Health System – SUS.** Saúde Soc. São Paulo, v. 21, 2012.

ERDMANN, A. L. et al. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. **Rev. enfermagem UERJ**, p. 477-481, 2008.

FERREIRA, J. B. B., *et al*. **Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade.** Revista Brasileira de Educação Médica, Ribeirão Preto – SP, 2012.

GUIZARDI F. L. **Do controle social à gestão participativa: perspectivas pós-soberanas para a participação política no SUS [tese].** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.

MARTINS, A. L. X., SANTOS, S. M. R. **O Exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde.** Rev. Saúde soc., v. 21, São Paulo – SP, 2012.

PIRES, G. B. **Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ, 2010.

RAMOS, *et al*. **Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão**. Rev. Saúde Soc., v. 21, São Paulo – SP, 2012.

RIBEIRO, F. B., NASCIMENTO, M. A. A. **Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re)significação do "ser sujeito".** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 35, Salvador – BA, 2011.

CAPÍTULO 9

O USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NA FORMAÇÃO HUMANA DE PRECEPTORES EM SAÚDE

Data de aceite: 01/02/2021

Eloiza da Silva Gomes de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde
Rio de Janeiro - RJ

Caio Abitbol Carvalho
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana
Rio de Janeiro - RJ

Rodrigo Borges Carvalho Perez
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde
Rio de Janeiro - RJ

Ronaldo Silva Melo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto Multidisciplinar de Formação Humana com Tecnologias / Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde
Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: O texto apresenta o processo de criação do Curso de pós-graduação *lato sensu* (especialização) Preceptoria em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), na modalidade mediada por tecnologias, como uma inovação na formação humana em saúde. Foi construído de modo a incorporar metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ODS-ONU), como aumento do financiamento, recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento (ODS 3); educação inclusiva, equitativa, de qualidade e aprendizagem ao longo da vida para todos (ODS 4), em um projeto pedagógico inovador, dinâmico e fortemente preocupado com a formação permanente em saúde com uso das Tecnologias de Informação e Comunicação. Os preceptores exercem papel estratégico na saúde pública brasileira. Por sua característica de formação (atividade docente) em serviço (assistência profissional), são os responsáveis pela última etapa do itinerário formativo e ao mesmo tempo da primeira etapa de atividade profissional. O planejamento e a realização da Oficina de Conteudistas, realizada no *campus* da UFRN em Natal/RN, em 2018, comprovaram o êxito do projeto e a solidez da proposta desenvolvida. O Ministério da Saúde, através do AVASUS (ambiente virtual de aprendizagem do Sistema Único de Saúde), hospedará o Curso e garantirá a realização de uma primeira oferta em nível nacional para dois mil e quinhentos alunos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação mediada por tecnologia; Inovação em Saúde; Formação humana; Educação em Saúde.

THE USE OF INFORMATION TECHNOLOGY IN THE HUMAN TRAINING OF HEALTH PRECEPTORS

ABSTRACT: This text presents the creation process of postgraduate *lato sensu* Health Preceptorship, a technology-mediated course in the Rio Grande do Norte Federal University (UFRN), as an human health training innovation. It was built to incorporate objectives of the United Nations Sustainable Development Goals (UN SDG), such as increased funding, recruitment, development, training and retention of health personnel in developing countries (SDG 3); inclusive, equitable, quality education and lifelong learning for all (SDG 4), in an innovative pedagogical project, dynamic and strongly concerned with continuing education in health, using Information and Communication Technologies. Preceptors play a strategic role in Brazilian public health system. Because of their characteristic of education (teaching activity) and in servisse training (professional guidance), they are responsible for the last stage of the training itinerary and at the same time the first stage of professional activity. The planning and execution of the Content Workshop, held at the campus of UFRN in Natal/RN in 2018, proved the success of the project and the Strong basis of the proposal developed. The Ministry of Health, through AVASUS, virtual learning environment of the Brazil's Unified Health System (SUS), will host the course and will guarantee the realization of an initial offer at the national level for two thousand and five hundred students.
KEYWORDS: Technology-mediated education; Health innovation; Human training; Health training.

INTRODUÇÃO

A dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS) lança luz para a sua relevância e o seu lugar privilegiado na arena dos processos educacionais de saúde e, em especial, quanto aos lugares da assistência à saúde. A partir de seus princípios e diretrizes (Lei nº 8.080, de 19/09/90) – a saber, a equidade, a integralidade e a universalidade do cuidado –, as práticas de atenção à saúde têm sido desenvolvidas nos lugares de produção do cuidado, que também passaram a ser cenários de produção pedagógica, nos quais se busca realizar o encontro criativo e inovador entre trabalhadores e usuários. Esse cenário tem impulsionado transformações no campo da educação em saúde, sendo necessária, cada vez mais, a formação de profissionais aptos a cuidar, ensinar e gerir suas práticas.

Nesse cenário de mudanças conceituais, transformações das práticas e de novas demandas de ensino e aprendizagem, o preceptor e a ação preceptora passam a desempenhar papel fundamental e estratégico nas redes de educação e saúde (LIMA e ROZENDO, 2015). As expectativas com relação ao preceptor são significativamente mais elevadas e envolvem uma nova concepção desse profissional que deverá atender às exigências dos tempos atuais, tais como: atualização constante e permanente com relação aos conteúdos; ter habilidades técnicas específicas sempre de acordo com os padrões atuais de acreditação utilizados nas auditorias das diversas sociedades profissionais; e posicionar-se, no processo ensino-aprendizagem, como partícipe do processo (MARINHO-ARAÚJO,

2014) e em uma perspectiva dialética e transformadora, promovendo transformações para si, para os alunos e para o serviço de saúde.

Além disso, entendemos ser fundamental que as competências do preceptor estejam em consonância com as expectativas da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, preconizada pela ONU (2015), no que se refere à educação, tais como: competência de pensamento sistêmico, competência antecipatória, competência normativa, competência estratégica, competência de colaboração, competência de pensamento crítico, competência de autoconhecimento, competência de resolução integrada de problemas.

Nesse contexto, ficam evidentes significativas mudanças nas competências do preceptor provocadas por aceleradas transformações no mundo do trabalho, como a constituição de redes de cuidado, a criação dos programas multiprofissionais e as contribuições das experiências de matriciamento. Essas mudanças fazem emergir uma forte preocupação com a permanente formação desse profissional que precisa estabelecer uma nova relação com as instituições, os programas, os estudantes e os residentes. Por outro lado, há um contexto extremamente favorável ao desenvolvimento de propostas de formação inovadoras, utilizando as novas tecnologias da informação e comunicação que possibilitam pôr em prática ações pedagógicas diferenciadas e bastante distantes da abordagem tradicional como, por exemplo, as metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Desse modo, a capacitação de preceptores deve ter como objetivo aprimorar a prática da preceptoria em seus aspectos educacionais, com o uso de variadas atividades formativas, buscando a qualificação da formação humana em saúde.

A COMPLEXIDADE DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A capacitação de preceptores faz parte de um cenário mais amplo, da formação humana em saúde. Não é objetivo nosso apresentar uma análise histórica desse processo, mas há algumas iniciativas que merecem destaque.

Vamos ressaltar três, que envolvem a aplicação da mediação das tecnologias aos processos formativos e que uniram esforços do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, das Universidades e Institutos de Pesquisa.

A primeira foi a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que surgiu como uma estratégia do Ministério da Saúde para a educação continuada dos profissionais da Saúde utilizando o ferramental das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

Foi criada pelo Decreto 7.385, de 8 de dezembro de 2010, e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10 de 11 de julho de 2013, como o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), com três componentes: uma rede de universidades que oferece cursos livres para qualificação dos trabalhadores de saúde - Rede UNASUS; o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – ARES; e um sistema de informações sobre os trabalhadores de saúde do Brasil – a Plataforma Arouca.

São os seguintes os objetivos da UNA-SUS:

- Propor ações para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS;
- Ofertar cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras formas de qualificação dirigida aos profissionais do SUS, por meio das instituições que integram a Rede UNA-SUS;
- Fomentar e apoiar a disseminação de meios e tecnologias de informação e comunicação que possibilitem ampliar a escala e o alcance das atividades educativas;
- Contribuir para a redução das desigualdades entre as diferentes regiões do País, por meio da oferta de cursos de capacitação e educação permanente;
- Contribuir com a integração ensino-serviço na área da atenção à saúde.

A segunda iniciativa é o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), projeto do Ministério da Saúde em cooperação com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O lema do AVASUS é: “Conhecimento livre e aberto em saúde”.

É um espaço virtual de aprendizagem desenvolvido para profissionais e alunos da área da saúde e também para a sociedade civil, cujo objetivo principal é qualificar a formação, a gestão e a assistência no SUS através do oferecimento de ofertas educacionais auto instrucionais, com mediação tecnológica.

O Portal de transparência do AVASUS (https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/dashboard/transparencia.php) apresenta um total de 659.220 usuários cadastrados, de todos os estados do Brasil, e 599.544 matriculados em 273 cursos ativos.

Os chamados conteúdos auto instrucionais são aqueles nos quais o aluno remotamente, com suporte dos dispositivos tecnológicos. Nesse caso, os elementos de mediação são as próprias ferramentas do ambiente virtual de ensino e aprendizagem (BUSARELLO et al, 2015; PEREIRA et al, 2017).

O aluno interage de forma autônoma com os conteúdos por meio de um desenho pedagógico que lhes permite construir o próprio conhecimento. Para isso o material didático é produzido com linguagem interativa e está direcionado à reflexão acerca das relações entre teoria e prática na realidade dos alunos.

Essa conjugação de autonomia e independência levou Wedemeyer (1973, p. 76, apud Keegan, 1996, p. 62) a “[...] definir o aluno independente como uma pessoa não apenas independente no espaço e no tempo, mas também potencialmente independente no controle e no direcionamento do aprendizado”.

Nesse caso, o material didático deve ser elaborado com conteúdos cujos temas sejam acessíveis; utilização de linguagem clara e um tanto coloquial, fácil legibilidade e

quantidade de informação moderada; instruções e sugestões explícitas, mostrando os procedimentos adequados e/ou inadequados relativamente às temáticas mais importantes para o sucesso no processo de aprendizagem. Além disso, o material deve promover a formulação de questões, a reflexão sobre o conteúdo estimular emocionalmente o aluno de modo que este apresente interesse pessoal pelo conteúdo; utilizar um estilo pessoal, com a utilização de pronomes pessoais e possessivos; destacar as mudanças de tema por meio de marcas textuais claras e visualmente perceptíveis (HOLMBERG, 1995, p. 3).

Será especialmente elaborado, portanto, para atender às necessidades de quem estuda sozinho, sob supervisão pedagógica virtual, com uma linguagem específica para motivar a aprendizagem individualizada.

A terceira iniciativa é a telessaúde, cuja história se confunde com a da telemedicina, pois essa área foi pioneira em utilizar tecnologias para transmitir informações médicas.

O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007 e coordenado pelas Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Atenção à Saúde (SAS) promove o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema único de Saúde (SUS), integrando Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio assistencial por meio das TIC.

A formação humana de estudantes, profissionais e trabalhadores da área da saúde, através da tele-educação, é complementada pela tele consultoria, segunda opinião formativa e oferta nacional de telediagnóstico.

Assim, é inegável a importância da mediação tecnológica na Educação em Saúde. Fatores como a extensão do contingente de profissionais a serem formados, assim como a dificuldade do afastamento dos mesmos dos postos de trabalho, para formações totalmente presenciais e a dimensão continental do nosso país, apontam para a utilização do suporte das tecnologias para os processos formativos.

UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO HUMANA DE PRECEPTORES EM SAÚDE

O Curso de Especialização Preceptoria em Saúde tem a duração de 48 semanas, com carga horária de 360 horas à distância, desenvolvidas em ambiente virtual de aprendizagem (AVASUS), e apresentação do trabalho de conclusão do curso (TCC) em banca presencial. Serão necessárias, no mínimo, oito horas de dedicação por semana.

O curso, ambientado no AVASUS, tem como objetivo geral "Aprimorar a prática da preceptoria, em seus aspectos educacionais com o uso de variadas atividades formativas, qualificando a formação humana em saúde".

Os objetivos específicos são:

- Formar Especialistas em Preceptoria promovendo o desenvolvimento de competências educacionais desses profissionais.

- Aprimorar a prática pedagógica da preceptoria e contribuir para valorização dos preceptores.
- Ampliar a produção de conhecimento relacionado à prática da preceptoria.
- Estimular a autonomia progressiva dos preceptores de forma coerente com a concepção pedagógica do curso.
- Fomentar a elaboração de planos de preceptoria em nível de excelência.

Fundamentado na formulação de competências profissionais (DUTRA, 2017) e princípios de interação e dialogia (RODRÍGUEZ-ARDURA e MESEGUER-ARTOLA, 2016), o curso oferece um período de ambientação no AVASUS para que os alunos conheçam, antes de iniciar o Curso, seu projeto pedagógico, os guias acadêmicos (do curso e do aluno) e as ferramentas disponíveis no ambiente virtual. É importante considerar que, neste Curso, entendemos competências como define Rabaglio (2001): “conhecimentos, habilidades e atitudes que diferenciam pessoas e têm impacto na sua performance em todas as áreas em que transita”. Ainda segundo a autora:

> A definição de Competência está baseada numa tríade conhecida como CHA, que são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que uma pessoa possui. Cada cargo necessita de uma combinação específica e completa de CHA, e o colaborador precisa ter compatibilidade com esse perfil para atingir eficácia em resultados. O conhecimento refere-se à necessidade que o cargo tem de formação acadêmica, conhecimentos técnicos, especialidades. A habilidade tem relação com experiência, prática (vivência), domínio do conhecimento. Já a atitude representa as emoções, os valores e sentimentos, expressos pelo comportamento humano. (RABAGLIO, 2008, p.10-11).

A estrutura do curso apresenta cinco eixos e quinze módulos, como mostra o quadro a seguir:

EIXO	MÓDULOS	CARGA HORÁRIA
1- Básico	• Abordagem Introdutória de Preceptoria em Saúde • Princípios e Diretrizes no Sistema Único de Saúde • Educação Permanente em Saúde: conceitos e fundamentos • Conhecimentos Básicos de Educação a Distância • Educação nos cenários de práticas • Segurança do paciente	15h 15h 15h 15h 15h 15h
CH / Eixo 1		90h
2- Metodologias ativas	• Introdução às Metodologias Ativas • Metodologias Ativas 1: Aprendizagem Baseada em Problemas • Metodologias Ativas 2	15h 30h 15h
CH / Eixo 2		60h

3- Avaliação	• Avaliação: conceitos, fundamentos e aplicação • Modalidades de Avaliação	30h 30h
CH / Eixo 3		60h
4- Fundamentos de Preceptoria	• Plano de Preceptoria I (com 30 horas de Tutoria) • Saúde na Comunidade: integração ensino e serviço • Ambiente Hospitalar: ensino na prática	30h 30h 30h
CH / Eixo 4		90h
5- Plano de Preceptoria	• Plano de Preceptoria II (com 60 horas de Tutoria)	60h
CH / Eixo 5		60h
CH Total		360h

Os quinze módulos são oferecidos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Ministério da Saúde (AVASUS) e acompanhados por uma equipe de supervisão pedagógica. Os eixos 4 e 5, com os módulos Plano de Preceptoria I (Eixo 4) e Plano de Preceptoria II (Eixo 5) contêm 30 e 60 horas de tutoria, respectivamente. Os alunos terão 90 horas de supervisão para a elaboração do trabalho final.

O Curso de Especialização Preceptoria em Saúde busca o desenvolvimento de uma competência geral: "Analisar e avaliar criticamente o contexto onde se realiza a preceptoria, aplicando processos inovadores, com foco na segurança do paciente e do profissional e criando possibilidades de formação que resultem em profissionais efetivos" e é articulado por itinerários ou trilhas formativas que permitem ao aluno autonomia para fazer escolhas, decidir o trajeto de construção de conhecimento a partir de seus interesses e necessidades, construir e reconstruir o percurso de formação.

Esses itinerários ou trilhas são o conjunto articulado de unidades de conteúdo que promovem aprofundamento em uma área do conhecimento ou de formação, com começo, meio e fim, abarcando eixos estruturantes. São organizados de forma intencional e sistemática, estruturando ofertas educacionais que possibilitam uma trajetória de formação coesa e contínua, vertical ou horizontalmente.

Constituem o indicativo de estudos para a formação continuada e os percursos formativos que o indivíduo poderá cursar, possibilitando sua qualificação para o prosseguimento de estudos ou a inserção no mundo do trabalho e exercício profissional.

Le Boterf (apud FREITAS, 2002) fez uma analogia entre a construção de uma trilha de aprendizagem e o estabelecimento de uma rota de navegação. O navegador, de posse de cartas geográficas, de previsões meteorológicas e do mapa de oportunidades disponíveis, estabelece o seu trajeto para chegar ao porto de destino.

O profissional, da mesma forma, a partir de suas preferências, competência atuais, anseios de desenvolvimento e dos recursos formativos disponíveis, escolhe um caminho para desenvolver as competências necessárias para concretizar seus objetivos, respeitando ritmos, preferências e limitações.

Para este curso os itinerários formativos foram organizados de forma intencional e sistemática, estruturando ofertas educacionais que possibilitem uma trajetória de formação coesa e contínua, vertical ou horizontalmente. São três os itinerários propostos para o Curso de Especialização de Preceptoria em Saúde:

- Metodologias ativas em Preceptoria
- Monitoramento e avaliação em Preceptoria
- Preceptoria na Educação Permanente em Saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um belo desafio enfrentado na construção do Curso de Especialização Preceptoria em Saúde foi a utilização do formato auto instrucional, já citado anteriormente.

Embora seja um formato ainda não muito utilizado em cursos de carga horária mais robusta, a educação mediada por tecnologia é marcada por novas práticas de ensino-aprendizagem e permite a utilização da auto instrucionalidade e de Recursos Educacionais Abertos (REA) – conjunto de materiais disponíveis a todos e que podem constituir-se em novos recursos, atendendo ao princípio democrático e econômico da reusabilidade (LITTO e MATTAR, 2017).

Baseados nessa análise e na experiência com o uso de módulos autoinstrucionais, podemos afirmar que eles oferecem, ao longo deste Curso, benefícios e atrativos, tais como: utilização constante de mediação através de dispositivos tecnológicos; obtenção imediata dos resultados das avaliações aplicadas, permitindo ajustes necessários; práticas pedagógicas centradas no aluno; tratamento criativo, original e humanizado dos conteúdos; facilidade de acesso ao conteúdo; estrutura flexível; possibilidade de autonomia do aluno; *feedback* imediato dos resultados das atividades propostas; atendimento dos variados estilos de aprendizagem; acesso aberto a repositórios de pesquisas científicas; e utilização de *software* de código aberto para fins educacionais.

Independente da utilização de módulos autoinstrucionais, o papel do tutor é fundamental no processo de ensino e de aprendizagem. O aluno precisa ver na tutoria um espaço pessoal e democrático de confiança, onde se sinta apoiado para o desenvolvimento da aprendizagem significativa e autônoma. O tutor incentiva a aprendizagem, esclarece dúvidas e auxilia a solucionar questões surgidas durante o estudo.

O último item a ser considerado para este curso é a avaliação. A avaliação da aprendizagem na educação mediada por tecnologias acontece em um espaço que Moore (1993) chamou de “distância transacional Moore” (1993). Trata-se de muito mais que apenas uma separação geográfica entre professor e aluno, mas da criação de um “vácuo” psicológico e comunicacional, responsável pelos potenciais “ruídos” e mal-entendidos entre os *inputs* do professor, a decodificação dos mesmos pelos alunos e o fornecimento do

indispensável *feedback*. Ao avaliar a aprendizagem dos alunos é impossível desconsiderar uma avaliação da qualidade da distância transacional em que ela ocorreu, analisando em profundidade essas duas variáveis. Uma estrutura flexível e "oxigenada", aliada a um diálogo democrático, claro e pedagogicamente estimulador, podem facilitar extraordinariamente a aprendizagem a distância. A avaliação possui algumas especificidades como:

- o significado de aspectos como a qualidade do material didático utilizado, que atua intensamente sobre as estratégias cognitivas de construção de conceitos componentes do conteúdo do Curso;

- a eficácia da tutoria, promovendo as variadas formas de interação, a facilitação dos aspectos sociocomunicacionais e a utilização das ferramentas tecnológicas;

- a verificação, não apenas do desenvolvimento de competências cognitivas, que fortalecem o corpo teórico que se pretende desenvolver com o Curso, mas também das que estão relacionadas, por exemplo, à capacidade investigativa e do "desdobramento" do Curso, de seus itinerários formativos, conduzindo à formação ao longo da vida.

A avaliação requer, ainda, a aplicação de multiplicidade de formas e estratégias avaliativas que vão além da verificação da curva de aprendizagem dos alunos, mas de todo o ecossistema formativo estabelecido com o Curso. Ressalta-se o fato de que, em ambientes virtuais de ensino e aprendizagem, a fidedignidade da avaliação depende diretamente de sistemas eficazes de comunicação, para que haja a necessária retroalimentação de ambos os processos (ensino e aprendizagem). Esse modelo – de aprendizagem deficitária – enfatiza conteúdos factuais, valorizando a modalidade somativa da avaliação. O modelo oposto – o de oportunidade –, no qual este Curso é pautado, preocupa-se com a consistência e a fidedignidade da avaliação, enfatizando a sua modalidade formativa e oferecendo variadas opções de situações avaliativas e estimulando a autonomia do estudante.

O esforço coletivo envolvendo as equipes da UFRN, Ministério da Saúde e EBSERH na modelagem, elaboração, estruturação da proposta e aprovação do curso pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) da Universidade, precisava ser validado antes da primeira oferta. A grande responsabilidade de desenvolver um programa em escala nacional em área de alta relevância e prioritária nas demandas de formação humana em saúde exigia uma prova da solidez e qualidade do curso. A realização de uma oficina com os conteudistas foi o caminho encontrado para validar o curso.

Ela ocorreu no auditório da Secretaria de Educação à Distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SEDIS) em Natal/RN, a Oficina de Conteudistas do curso de pós-graduação lato sensu Preceptoria em Saúde, contou com a participação do Ministério da Saúde, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, ligada ao Ministério da Educação) e das equipes da UFRN vinculadas ao curso e a iniciativa de primeira oferta:

Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN), Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), SEDIS, Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), entre outros.

Ao longo de dois dias, a proposta (projeto pedagógico, metodologia, formato, organização, etc) e estrutura do curso foram estudadas e avaliadas pelo corpo de conteudistas, coordenadores e consultores. Sua viabilidade, validade e qualidade foram objeto de exame criterioso e análise cuidadosa. Ao término dos dois dias de Oficina o curso de especialização Preceptoria em Saúde foi validado por um conjunto multidisciplinar de professores, especialistas e técnicos que o aprovou com recomendação de oferta imediata ao público.

Com o referendo da Oficina de Conteudistas a UFRN em parceria com o Ministério da Saúde e a EBSERH lançou a primeira oferta do curso com 2.500 vagas, escala considerável para a amplitude do desafio da formação de Preceptores em Saúde no Brasil..

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Site institucional da UNA-SUS - https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus.

BRASIL. Ambiente Virtual do Curso de Especialização Preceptoria em Saúde. https://avasus.ufrn.br/course/index.php?categoryid=26.

BUSARELLO, Raul I; BIEGING, Patricia; ULBRICHT, Vania R. *Sobre Educação e Tecnologia*: processos e aprendizagem. São Paulo: Pimenta Cultural, 2015.

DUTRA, Joel S. *Competências* – Conceitos, instrumentos e experiências. São Paulo: Atlas, 2017.

FREITAS, Isa Aparecida. Trilhas de desenvolvimento profissional: da teoria à prática. In: *Anais do 26º ENANPAD*. Salvador: ANPAD, 2002.

HOLMBERG, B. *Theory and practice of distance education*. Londres: Routledge, 1995.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface:* comunicação, saúde, comunicação, 19, supl 1:779-91, 2015.

LITTO, F. M.; MATTAR, J. (Orgs). *Educação aberta online*: pesquisar, remixar e compartilhar. São Paulo: Artesanato Educacional, 2017.

MARINHO-ARAUJO, C. M. Psicologia Escolar na educação superior: Desafios e potencialidades. In GUZZO, R. S. L. (Org.). *Psicologia Escolar*: Desafios e bastidores na educação pública (pp.219-239). Campinas: Alínea, 2014.

MOORE, M. G. Three types of Interaction. In: HARRY, K., JOHN, M. & KEEGAN, D. (Eds.). *Distance Education*. New Perspectives. Routlege Ed., London, 1993.

PEREIRA, Maria de Fátima Rodrigues; MORAES, Raquel de Almeida; TERUYA, Teresa Kazuko. (Orgs) *Educação a distância (EaD)*: reflexões críticas e práticas. Uberlândia: Navegando Publicações, 2017. Disponível em: https://www.ead.unb.br/arquivos/livros/ead_reflexoes_critica_praticas.pdf.

RABAGLIO, Maria Odete. *Seleção por competências*. São Paulo: Educator, 2001.

RABAGLIO, Maria Odete. *Gestão por Competências* - Ferramentas para atração e captação de talentos humanos. Editora QualityMark, 2008.

RODRÍGUEZ-ARDURA, I.; MESEGUER-ARTOLA, A. E-learning continuance: The impact of interactivity and the mediating role of imagery, presence and flow. *Information & Management*, V. 53 (4), jun. 2016, p. 504-516. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720615001317. Acesso em 10 set. 2018.

WEDEMEYER, C. A. The use of correspondence education for postsecondary education. In: KEEGAN, D. *Foundations of distance education*. New York, NY: Routledge. 1996, p. 58- 66.

UNESCO. *Declaração de Incheon e o Marco de Ação da Educação*. 2015. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002432/243278POR.pdf. Acesso em: 02 set. 2018.

CAPÍTULO 10

PARTO HUMANIZADO NO BRASIL

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 02/12/2020

Audrey Ayumi Fugikawa Incott
Francisco Beltrão, PR
http://lattes.cnpq.br/2545985005889008

Maria da Glória Colucci
Curitiba, PR
http://lattes.cnpq.br/0309177514516483

RESUMO: Nessa Pesquisa procura-se demonstrar como surgiu a necessidade de um novo tratamento da mulher na hora do parto. Para isso, será abordado um pouco sobre o que de fato acontece no dia a dia médico e por que isso influencia no crescimento da taxa da violência obstétrica. Ainda dentro desse contexto, serão demonstradas quais são as principais causas que trouxeram à tona essa corrente de humanização. Posteriormente, será apresentado e solucionado o real problema dessa corrente, qual seja, como colocar em prática todas essas necessidades. Acima de tudo, o objetivo dessa Pesquisa será não apenas abordar do que se trata o "parto com amor", mas também de que forma concretizar essa corrente no dia a dia dos hospitais não só do Brasil, mas do mundo.
PALAVRAS- CHAVE: Parto humanizado. Violência obstétrica. Doulas. Parto com amor.

HUMANIZED CHILDBIRTH IN BRAZIL

ABSTRACT: The current Research has as its goal to demonstrate how the need of a childbirth's new treatment emerged. To do so, it will be discussed a little bit of what indeed happens on a doctor's daily routine and its influence in the growth of obstetric violence's rate. Still in this context, the main causes that highlighted this chain of humanization will be demonstrated. Later, the real problem of this chain, that is, how to put all this needs into practice will be introduced and solved as well. Above all, the goal of this Research will not be to approach only what "birth with love" is about, but also how this chain can be materialized on the hospital's routine, not only in Brazil, but all over the world.
KEYWORDS: Humanized birth. Obstetric violence. Childbirth. Birth with love.

1 I INTRODUÇÃO

O medo do parto é uma realidade que assombra muitas mulheres brasileiras nos dias atuais. Diversos relatos de atendimentos precários e maus tratos por parte dos profissionais de saúde, decorrentes principalmente da alta carga horária de trabalho a eles atribuída acabam fazendo com que o momento de nascimento de um filho seja visto de forma negativa e traumática pela mulher-mãe.

O parto humanizado é uma corrente que traz para a mulher novamente o seu lugar como protagonista na hora do nascimento de seu filho. Por meio dessa Pesquisa, portanto, será demonstrado primeiramente o contexto em

que surge a necessidade de uma nova visão a respeito do parto. Será possível ver com clareza a influência direta da violência obstétrica para impulsionar esse novo tratamento humanizado.

A fim de demonstrar a grande importância e necessidade do "parto com amor" não só no Brasil, mas no mundo, será apresentada uma série de regras e recomendações formuladas pela Organização Mundial da Saúde (BENATTI, 2011, s.p.). Essas recomendações visam, acima de tudo, alertar não só os médicos, mas principalmente as mulheres, a respeito de quais práticas e procedimentos médicos devem ser realizados na hora do parto, a fim de proporcionar à mulher uma experiência sem intervenções desnecessárias e a consequente maximização do parto humanizado.

No momento final, será abordada a principal questão de toda essa Pesquisa. É fato que há uma necessidade urgente de mudança no que diz respeito ao tratamento dos profissionais da saúde frente às mulheres grávidas. Também, é fato que diversas soluções já existem e dizem respeito à ideia de um tratamento mais atencioso e respeitoso, onde a mulher é a protagonista. Mas de nada adianta inúmeras soluções se não se sabe como concretizá-las. Portanto, frente a todas essas questões, de que forma é possível por em prática a corrente do "parto com amor" nos hospitais do Brasil e, por que não, também nos hospitais pelo mundo?

2 | PARTO HUMANIZADO

A violência obstétrica é um tema que vem se mostrando bastante comum nos últimos tempos. É um problema que assombra grande parte das mulheres. Muitas delas acabam sofrendo esse tipo de violação e só tomam conhecimento muito tempo após o parto, devido à falta de conhecimento sobre quais são de fato seus direitos e qual o limite de uma intervenção médica.

Além disso, nos últimos anos os médicos vêm sendo submetidos a intensas jornadas de trabalho nos hospitais, tendo que atender inúmeros pacientes ao mesmo tempo. De acordo com artigo publicado no *site* "Cadernos de Saúde Pública" pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, do Rio de Janeiro, é necessário atentar para o fato que:

> No Brasil, na área da saúde, grandes mudanças atingiram os serviços privados (lucrativos e não lucrativos) e públicos (estatais) que passaram a adotar novas tecnologias e novos modelos de organização do trabalho. O hospital converteu-se no espaço privilegiado para implementação de novos modelos de organização do trabalho. Neste processo, os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas, redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. Somem-se a estes aspectos, as especificidades e particularidades do trabalho médico: aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira. (SOBRINHO, 2006, p. 132)

Com toda essa carga de trabalho, fica difícil para o médico dar a total e devida atenção a cada um de seus pacientes.

São problemas que tendem cada vez mais a aumentar o índice de violência à mulher grávida e, diante desse cenário, foi necessária uma mudança de pensamento de todos os envolvidos nesse processo. Daí surge o parto humanizado, que não diz respeito ao parto em si, mas sim na mudança da assistência dos profissionais de saúde. É basicamente um processo de fazer com que a voz da paciente seja realmente ouvida.

A humanização foi um termo atribuído pelo Ministério da Saúde ao "Programa de Pré-Natal e Nascimento", instituído em 2000, pela Portaria nº 569, a fim de melhorar as condições de atendimento à mulher pelo profissional de saúde (CASTRO, 2005, p. 961).

A Portaria reforça que "[...] o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, período neonatal e puerpério são direitos inalienáveis da cidadania". (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

Para Rosamaria Carneiro, parto humanizado é entendido como:

> [...] aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. (CARNEIRO, 2015, p. 12)

Diante do grande número de violências e intervenções médicas desnecessárias sofridas pelas mulheres, cada vez mais cresce a necessidade de um atendimento sem violências, respeitando os interesses, direitos e necessidades pessoais da mulher, a ideia de um parto com amor. Segundo Alessandra Mabuchi, por meio da assistência médica, o médico deve tentar resgatar o contato humano, ouvir, acolher e explicar, criando um verdadeiro vínculo com a sua paciente (MABUCHI, 2008, p. 421).

Em 1993, foi criada a organização Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA, 1993), com o objetivo de disseminar pelo Brasil as práticas necessárias na assistência ao parto, diminuindo dessa forma as intervenções excessivas e desnecessárias por parte dos profissionais da saúde.

Em um dossiê publicado no *site* do Senado, o parto humanizado é caracterizado como:

> A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade. (CIELLO, 2012, p. 10)

Diante desse panorama, o parto deixa de ser uma situação patológica e passa a ser considerado um acontecimento biológico, tendo a mulher como protagonista (CIELLO, 2012, p. 11). Assim como nos tempos antigos, o parto humanizado devolve à mulher o papel principal, não mais passivo, mas completamente ativo, com liberdade de escolha e de tomada de decisão, de forma a amenizar ao máximo o seu sofrimento.

Entretanto, o parto humanizado acabou trazendo ao âmbito médico certa limitação, pois esse protagonismo da mulher em algumas situações acaba se sobrepondo às indicações médicas.

Alguns dos exemplos dessa situação são o “parto domiciliar” e o “parto na água”, que estão se tornando cada vez mais comuns no Brasil. Segundo Gloria Leifer, esses tipos de parto são contra- indicados em mulheres que possuem gravidez de alto risco e devem estar em um centro hospitalar, com todos os serviços de emergência disponíveis (LEIFER, 2009, s.p.).

É justamente diante dessas situações de risco que se encontram os limites do parto humanizado frente à autoridade médica, vez que os profissionais da saúde são levados a encarar esse desafio de cumprir com as normas da obstetrícia e tentar da melhor forma conciliá-los com os pedidos e preferências de cada paciente, não contrariando o protagonismo da mulher na hora do parto.

Esse protagonismo tão buscado, era algo considerado natural nos partos dos tempos antigos, como será abordado no próximo tópico.

2.1 Contexto histórico

A história da mulher na humanidade é repleta de preconceitos, violência e opressão. Depois de anos de luta, foi apenas nos últimos tempos que a mulher conseguiu ser aceita como parte da sociedade. Mas quando se trata da história da violência obstétrica, essas situações se invertem.

De acordo com Eliane Bio, até o final do século XVII, as mulheres tinham uma participação totalmente ativa na hora do parto (BIO, 2015, p. 40). Todo esse estereótipo de que a mulher existia apenas para reproduzir, trouxe a elas uma total liberdade em relação ao seu corpo, pelo menos na hora de parir.

Para a mulher, o parto era um momento de total autodescoberta e autoafirmação de sua força. Sem a ajuda nem intervenção de nenhum médico, os partos das mulheres dos tempos antigos propiciavam “uma intensa experiência corporal e emocional que as fortalecia”. (BIO, 2015, p. 40) Com a falta de recursos na época, as mulheres podiam escolher a posição do parto, da forma que se sentissem mais confortáveis. A única ajuda que recebiam era de algumas mulheres de família que transferiam suas experiências e orientações às outras (BIO, 2015, p. 40).

Foi então no final do século XVII que o obstetra francês François Mauriceau trouxe para a Medicina o parto em posição ginecológica/horizontal, dando início a uma intensa

melhora no tratamento e conhecimento da mulher no parto (BIO, 2015, p. 41).

Com a evolução da Medicina, passou-se a conhecer cada vez mais sobre como funciona o corpo do ser humano e consequentemente sobre os riscos que a mulher corre na hora do trabalho de parto. Cada vez mais as mulheres deixaram suas casas para terem seus filhos no hospital. Diante disso, a ação do médico se fez cada vez mais necessária a fim de proteger a saúde da mulher e de seu filho.

Entretanto, com o passar do tempo, toda essa evolução da ciência chegou a tal ponto que acabou tirando o papel de protagonista da mulher no momento do parto. Diante das inúmeras melhorias que a evolução médica trouxe e de todas as preocupações e cuidados que se viram necessários na hora do parto, a mulher acabou ficando relegada a segundo plano.

Hoje, existe uma enorme dificuldade para a prática de um comportamento independente por parte da mulher na hora do parto, o que acaba colidindo com a resistência de obstetras e obstetrizes para aceitar essa independência (BIO, 2015, p. 42):

> As mulheres de hoje são orientadas a permanecer no leito e se movimentam muito pouco; fazem uso precoce da analgesia, que limita a locomoção e a verticalidade; delegam suas escolhas na condução do trabalho de parto a médicos, cujas decisões são tidas como mais seguras - aceitando protocolos preestabelecidos, como o uso da ocitocina para acelerar as contrações e o rompimento artificial da bolsa das águas para tornar a descida do bebê e a dilatação mais rápidas. (BIO, 2015, p. 41)

A liberdade conquistada pelas mulheres de hoje deve ser utilizada em todos os âmbitos de suas vidas, para terem a capacidade de defesa ao se depararem com essas situações de repressão. Ao contrário das “mulheres de ontem”, o conhecimento atual sobre as coisas é muito maior, e deve servir de alicerce no combate a qualquer tipo de comportamento que vise tirar da mulher a sua autonomia perante a sociedade (BIO, 2015, p. 44).

Com todos os inúmeros desafios e situações com as quais os médicos se deparam no dia a dia da obstetrícia, é necessária a disposição de uma equipe de profissionais da saúde totalmente preparada, a fim de amenizar da melhor forma o sofrimento da mulher e de seu filho. Nesse panorama, o papel das “doulas” passa a ser excepcional na marcha para o desenvolvimento e progresso do parto humanizado no Brasil.

Diante dessa longa luta da mulher em busca do respeito aos seus direitos, o próximo capítulo trará uma das maiores conquistas em âmbito internacional quando o assunto é proteção da mulher-mãe: a Declaração emitida pela Organização Mundial da Saúde que traz a capacidade para que a mulher possa se defender de qualquer intervenção e tratamento desnecessário realizado pelo profissional de saúde.

2.2 A organização mundial da saúde frente ao parto humanizado

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou uma série de regras

e recomendações separando os procedimentos necessários daqueles que devem ser evitados na hora do parto. Dentre os procedimentos úteis que devem ser estimulados, estão:

a) Dos procedimentos que antecedem o parto: O cuidado com a mulher grávida deve começar não somente na hora em que ela entra em trabalho de parto, mas também nos momentos preparatórios para o nascimento de seu filho. Para tanto, o profissional da saúde responsável deve realizar um plano individual juntamente com a mulher, a fim de determinar onde e por quem o nascimento será realizado e sempre respeitando o local escolhido pela paciente. Deve também realizar diversas avaliações do risco gestacional durante o pré-natal e posteriormente repassar todas as informações ao marido/companheiro.

b) Dos procedimentos durante o trabalho de parto: Assim que a mulher entra em trabalho de parto, é imprescindível o respeito ao seu direito de privacidade. O profissional da saúde deve, portanto, respeitar a escolha da mulher e fornecer assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante. Os profissionais de saúde encarregados de realizar o parto devem também respeitar a escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto, além de prestar todas as informações e explicações que a mulher desejar.

c) Dos procedimentos técnicos: No trabalho de parto, os profissionais de saúde têm o dever de monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, ou seja, escutar os batimentos cardíacos fetais. Além disso, devem fornecer líquidos por via oral para a mulher durante todo o procedimento, na medida do bom senso. É também recomendado o monitoramento do bem-estar físico da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento. Os profissionais de saúde devem também realizar métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento. A OMS também recomenda que é necessário o estímulo a posições não elevadas durante o trabalho de parto, dando à mulher liberdade de posição e movimento.

d) Do período após o parto: Após o nascimento do feto, os profissionais de saúde devem cortar o cordão umbilical sob condições estéreis, além de prevenir a hipotermia do bebê. Devem também proporcionar o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno. Por fim, devem também realizar exame rotineiro da placenta e membranas ovulares, para evitar complicações no período pós-parto (OMS, 2005).

Por outro lado, existem práticas que não devem ser realizadas de forma rotineira e sim apenas quando a sua ausência venha a acarretar algum risco para a mulher e/ou seu filho na hora do parto. Dentre essas práticas, estão:

a) Dos procedimentos técnicos no momento do parto: É comum nos hospitais o uso rotineiro de enema, ou seja, a introdução de substâncias líquidas ou semilíquidas através do esfíncter anal para fins terapêuticos, de limpeza ou nutritivos, mas segundo

recomendação da OMS, esse procedimento deve ser realizado apenas quando há uma verdadeira necessidade.

Da mesma forma, o uso rotineiro de tricotomia (retirada dos pelos da região da genitália externa) não deve ser realizado. A cateterização venosa (introdução de um cateter, tubo ou sonda, em um vaso sanguíneo, para diagnosticar uma doença ou com finalidade terapêutica) e a infusão intravenosa (ação de infundir, de verter um líquido no interior de uma veia) também não devem ser realizadas de forma rotineira. A realização de pelvimetria por raios-x, exame realizado para medir a pelve da mulher (CHESTNUT, 2016, p. 385), assim como o exame retal, também se enquadram nos procedimentos que devem ser realizados somente em caso de extrema necessidade, e nunca rotineiramente. A administração de ocitocina deve ser realizada apenas quando há a possibilidade de controlar seus efeitos, e não de forma rotineira, como um padrão.

A ocitocina é um hormônio produzido pela mulher que ajuda no início do trabalho de parto. Os laboratórios produzem este hormônio sinteticamente para que seja aplicado na mulher a fim de imitar a contração normal que ocorre no trabalho de parto. Quando essa aplicação é realizada de forma rotineira, somente para acelerar o trabalho de parto e sem que haja uma indicação adequada para evitar um risco maior à parturiente, é configurada a violência obstétrica. De acordo com a OMS, esse hormônio deve ser administrado profilaticamente, no período depois do trabalho de parto, em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue.

Não é recomendado o uso rotineiro de posição supina em decúbito dorsal (elevado) durante o trabalho de parto. Da mesma forma, a posição de litotomia (posição ginecológica) com ou sem estribos deve ser realizada apenas quando necessária. Não se deve também exigir da mulher um esforço de puxo prolongado e dirigido (Manobra de Valsava) durante o segundo estágio do trabalho de parto. O uso de comprimidos orais de ergometrina, responsáveis por iniciar uma forte contração uterina para reduzir o sangramento pelo leito placentário, deve ser realizado no terceiro estágio do trabalho de parto, apenas com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias (DALE, 2007, p. 457).

b) Dos procedimentos realizados após o parto: a lavagem e a revisão uterina (exploração manual), só devem ser realizadas quando necessário, e não de forma rotineira (OMS, 2014).

Já mais recentemente, no ano de 2018, a OMS emitiu recomendações para incentivo ao parto humanizado. Essas recomendações também foram divididas de acordo com o momento:

Dos momentos que antededem o parto:

a) Dos cuidados respeitosos na maternidade: de acordo com a OMS, para que a mulher tenha uma melhor experiência ao dar à luz a seu filho, antes de tudo é preciso que haja um cuidado no sentido de sempre tentar proteger a dignidade, a privacidade e a

confidencialidade da mulher. A função dos profissionais da saúde deve ser principalmente proteger a sua paciente de qualquer mal que ela possa vir a sofrer, ouvindo-a e explicando os procedimentos da forma mais clara possível. A simples informação pode trazer uma tranquilidade e segurança para a mulher.

A OMS ressalta a importância de que esses cuidados devem existir independentemente do nível do hospital, do valor pago pela paciente, do seu nível de escolaridade ou de renda. Os cuidados respeitosos na maternidade são para todos.

b) Da comunicação efetiva: a comunicação entre os profissionais de saúde e suas pacientes, com o uso de uma linguagem simples e clara é de extrema importância. Os médicos devem se apresentar para a mulher e seu acompanhante, dirigindo-se à mulher pelo seu nome. Devem evitar o uso de jargões médicos e sempre que possível devem aderir a explicações gráficas com imagens simples. Devem sempre responder aos questionamentos, às preferências e necessidades da mulher de forma positiva. Devem se assegurar de que todas as informações foram repassadas para a mulher.

c) Do acompanhamento durante o trabalho de parto: os profissionais da saúde devem sempre proporcionar à mulher a possibilidade de um acompanhante durante o trabalho do parto e também no momento do parto. É importante ressaltar que a OMS considera acompanhante qualquer pessoa que for da escolha da mulher. Assim como deve-se respeitar aquelas pessoas que a paciente não deseja por perto.

d) Dos cuidados durante o primeiro estágio do parto: o primeiro estágio do parto é caracterizado por um momento de contrações uterinas extremamente dolorosas e variáveis mudanças no colo do útero. A OMS assegura que os exames cardiológicos de rotina não devem ser realizados no primeiro estágio de parto e nem durante o parto em grávidas saudáveis submetidas a trabalho de parto espontâneo. Já a ausculta intermitente para ouvir o coração do feto é recomendada durante o primeiro estágio de parto.

e) Dos procedimentos para alívio de dor: Técnicas de massagem e de relaxamento devem ser repassadas para as mulheres em trabalho de parto. Os remédios para anestesia podem ser ministrados caso haja muita dor, porém é obrigatória a explicação de todos os efeitos colaterais que o procedimento pode trazer.

Do momento do parto:

a) Das posições da mulher na hora do parto: Os profissionais da saúde não devem impedir a mulher de escolherem a posição que melhor alivia a sua dor, inclusive as posições verticais. A função do médico deve ser de assegurar o bem estar do feto de acordo com a posição escolhida pela gestante. A OMS também ressalta que os profissionais de saúde devem respeitar o tempo da mulher de empurrar o feto.

b) Do uso da episiotomia: A OMS não recomenda a realização da episiotomia em mulheres que estejam realizando o parto normal. A episiotomia é um procedimento médico que consiste em um corte no orifício vaginal da mulher durante o parto normal, com a finalidade de expandir o canal do parto, facilitando a saída do feto (SANTOS, 2017, p.131).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, esse procedimento é indicado para precaver o sofrimento tanto da mulher quanto do seu filho na hora do parto, e, portanto, deve ser usado de forma profilática (SANTOS, 2017, p. 133).

c) Da pressão manual: A pressão realizada pelo profissional da saúde na barriga da gestante para facilitar o trabalho de parto não é recomendada pela OMS.

Do momento pós-parto:

a) Da ocitocina: A aplicação profilática do hormônio da ocitocina é recomendado para prevenir a hemorragia pós parto.

b) Do corte do cordão umbilical: O corte do cordão umbilical deve ser realizado depois de um minuto do parto para melhorar os resultados de saúde e nutrição materna e infantil.

c) Da massagem uterina: A massagem uterina para prevenir hemorragia pós parto não é recomendada em mulheres que já tenham recebido a ocitocina profilática.

d) Dos cuidados com o recém- nascido: Os recém-nascidos sem problemas de saúde devem ser colocados em contado com a sua mãe durante a primeira hora do pós-parto, para evitar a hipotermia e promover a amamentação.

e) Da amamentação: Tanto os recém-nascidos de peso normal quanto os recém-nascidos abaixo do peso devem ser colocados para a amamentação o quanto antes, assim que a mãe e o bebê estiverem estáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Diante dessas diversas recomendações, é possível constatar que o cuidado à mulher não é uma tarefa fácil e demanda muito profissionalismo por parte do médico e de sua equipe. Nesse contexto, no próximo capítulo será abordado como as leis dos países estão se comportando a fim de regulamentar essa relação mais humanizada do profissional da saúde com a paciente.

2.3 Parto humanizado no direito positivo internacional e brasileiro

Um dos primeiros países a tipificar o parto humanizado foi a Argentina, com uma lei que protege e reforça todos os direitos das mulheres na hora do parto. É a Lei do Parto Humanizado 25.929/2004, e determina que a mulher deve ser a protagonista do parto. Em seu artigo 2º, esta Lei determina todos os direitos que a mulher possui no momento pré-parto, no trabalho de parto e no momento pós- parto (ARGENTINA, 2004). Dentre eles estão:

a) No período pré-natal: Antes da realização do parto, a mulher possui o direito de ser informada a respeito de todas as intervenções médicas que possam vir a ser realizadas. Deve também ser tratada com respeito, individualmente, de forma que o seu direito à privacidade seja sempre preservado.

b) No momento do parto: Os profissionais de saúde devem sempre evitar qualquer procedimento invasivo que não seja extremamente necessário à saúde da mulher e de seu filho. Além disso, têm o dever de informar a mulher a respeito da evolução do parto,

sanando todas as dúvidas que ela venha a ter, respeitando também a sua escolha para acompanhamento na hora do parto.

c) Após o parto: Depois do trabalho de parto a mulher tem o direito de ficar com seu filho durante a permanência no centro de saúde, desde que o recém-nascido não exija cuidados especiais. Os profissionais de saúde devem nesse momento informar a mulher a respeito dos benefícios da amamentação e proporcionar o devido apoio para que a mulher consiga amamentar. Além disso, devem também aconselhar a mulher sobre os cuidados de si mesma e da criança, sendo informada sobre os efeitos adversos do tabaco, álcool e drogas na criança e nela mesma (ARGENTINA, 2004).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde emitiu uma declaração demonstrando a sua preocupação em relação à violência contra a mulher na hora do parto. Na declaração chamada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” a OMS declara que:

> No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014)

É notável, portanto, que existe uma preocupação mundial em relação ao parto humanizado, porém apenas a sua tipificação não é suficiente para erradicar os problemas decorrentes da violência obstétrica. É preciso que haja uma conscientização não só por parte das mulheres, mas principalmente por parte dos profissionais de saúde, para que haja uma maior difusão da ideia do parto humanizado e a consequente redução da incidência da violência obstétrica.

Da mesma forma, no ordenamento jurídico brasileiro é possível encontrar algumas leis que incentivam e garantem à mulher um tratamento digno por parte do profissional de saúde, desde o período gestacional, até o período pós-parto.

A Lei 9.263 de 1996 em seu artigo 3º, incisos I, II e III, dá ao Sistema Único de Saúde (SUS) o dever de assegurar à mulher, ao homem ou ao casal, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato (BRASIL, 1996).

No dia 8 de Novembro de 2000, foi promulgada a Lei 10.048/2000 que em seu artigo 1º obriga os hospitais, órgãos e empresas públicas a disponibilizarem prioridade de atendimento às gestantes, lactantes e pessoas com crianças no colo (BRASIL, 2000).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu uma Portaria de extrema importância para a melhoria do tratamento da mulher grávida. No parágrafo Único de seu artigo 1º, o Ministério da Saúde determina que o seu objetivo é:

> [...] O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, PORTARIA 569/2000)

Adiante, também elenca todos os direitos da mulher como o "[...] direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério" e o "direito ao acompanhamento pré-natal adequado" (BRASIL, PORTARIA 569/2000).

Em 2005, foi promulgada a Lei 11.108 que assegura à mulher o direito de ter a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Já a Lei 11.634 de 2007, assegura em seu artigo 1º, que toda gestante atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) terá o direito de conhecimento e vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência médica até o período pós - natal (BRASIL, 2007).

No âmbito trabalhista, em 1995 foi promulgada a Lei 9.029 que constitui como crime a exigência de atestados de gravidez para fins de admissão ou de permanência na relação jurídica de trabalho (BRASIL, 1995). Já a Consolidação das Leis do Trabalho possui uma seção exclusiva para a proteção à maternidade. Dos artigos 391 a 400, ela traz uma série de garantias às mulheres grávidas no ambiente de trabalho, como por exemplo, o artigo 392 que dá à empregada gestante o direito de licença- maternidade de 120 dias, sem prejuízo de seu emprego e de seu salário (BRASIL, 1943).

Além das tipificações presentes no ordenamento jurídico brasileiro, existem também alguns projetos de lei aguardando a sua aprovação.

Um deles está tramitando na Câmara dos Deputados, o Projeto de nº 7633/14 do deputado Jean Wyllys, que promete instituir o parto humanizado e combater a violência obstétrica no Brasil. A Lei irá consolidar os direitos das mulheres durante a gravidez, assim como as obrigações dos médicos e profissionais da saúde (BRASIL, 2014).

Em seu artigo 2º, o Projeto de Lei faz menção às Portarias 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, que também foram instituídas com a finalidade de proteger e melhorar as condições da mulher na hora do parto (BRASIL, 2011).

O parto humanizado traz a ideia da formação de uma equipe totalmente preparada para proporcionar à mulher um tratamento mais digno e sem intervenções desnecessárias. Essa equipe é formada não apenas pelos médicos, mas também pelas "doulas" e enfermeiras, como será demonstrado no próximo tópico.

2.4 Auxílio das enfermeiras e das "doulas"

No decorrer dessa Pesquisa, foi realizada uma espécie de compilação abordando praticamente todos os tópicos que dizem respeito à humanização do parto. A partir dessa análise é possível ter uma real noção de como se deve agir para que a corrente do parto humanizado ganhe força. Mas a quem cabe diretamente o papel que trará de fato essa

mudança? Por mais que haja uma conscientização mundial sobre a necessidade de uma melhoria no tratamento da mulher na hora do parto, de nada adianta se os próprios profissionais da saúde não aderirem a essa corrente. Dentro desse contexto e diante de todos os desafios que os médicos enfrentam no seu dia a dia hospitalar, entra em cena o papel do profissional de enfermagem e das “doulas” na assistência à mulher, desde os períodos pré-natal até o pós-natal. Com uma distribuição de tarefas, é possível que haja uma maior atenção a cada mulher e uma consequente diminuição nos maus tratos e intervenções médicas desnecessárias.

Em relação às suas funções, o profissional de enfermagem atua diretamente durante todo o processo de trabalho de parto da mulher:

> [...] atua no pré-natal por meio de consulta de enfermagem e de atividades em grupo, com o objetivo de garantir o bom desenvolvimento das gestações, prevenir riscos e identificar as clientes com maior probabilidade de apresentar intercorrências durante a gestação, promovendo a saúde da parturiente e do neonato através do diagnóstico e cuidados de enfermagem. (MARQUE, 2006, p. 441)

Durante o trabalho de parto, o profissional de enfermagem também é encarregado de assistir à mulher, acompanhando a evolução do parto e repassando todas as informações necessárias à paciente, passando segurança e acalmando-a. No momento do nascimento, o profissional de enfermagem vai receber o recém- nascido envolvendo-o em um campo aquecido e colocando-o no colo da mãe (MARQUE, 2006, p. 441). Já no período pós-natal, o profissional de enfermagem terá a função de auxiliar a mulher psicológica e fisicamente, ajudando-a a enfrentar todos os problemas que podem vir a ocorrer como consequência do parto (MARQUE, 2006, p. 442).

Ao longo de todo esse processo, o profissional de enfermagem deve tentar ao máximo respeitar as necessidades da mulher e de seus familiares, traçando um vínculo com todos os envolvidos, reconhecendo o momento do parto como um momento único, natural e principalmente, da mulher (MARQUE, 2006, p. 442). Segundo um artigo publicado pela Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, a assistência da enfermeira obstetra no trabalho de parto pode reduzir significativamente o número de intervenções desnecessárias à mulher, vez que acompanhou de perto todos os acontecimentos e necessidades da paciente desde o período pré-natal (SILVA, 2014, p. 722).

Juntamente com as enfermeiras, atuam também as “doulas”, que possuem um papel indispensável quando o assunto é parto humanizado. A palavra “doula” somente passou a ser reconhecida nos últimos anos, mas desde a antiguidade, as gestantes recebiam apoio e companhia de outras mulheres na hora do parto (FADYNHA, 2003, p. 09).

É uma palavra usada para definir as mulheres “[...] treinadas e com experiência em nascimentos, que proveem suporte físico, emocional e informacional à mulher e sua família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto”. (FADYNHA, 2003, p. 09) Além de diminuir

significativamente o número de intervenções cesarianas:

> [...] a presença de uma doula é bastante apropriada, visto que ela oferece suporte físico e emocional à parturiente, transmitindo confiança, segurança e suporte afetivo, físico e emocional. Ao longo do trabalho de parto, essa profissional ajuda a gestante a encontrar as melhores posições, sugere métodos para aliviar as dores, entre eles banhos e massagens, e ainda auxilia e orienta o acompanhante. (CIELLO, 2012, p. 147)

O papel das doulas é menos técnico do que das enfermeiras. O suporte psicológico dado através de massagens para aliviar a dor, a ajuda na realização de exercícios para facilitar o parto e gestos como simplesmente segurar a mão da gestante são de extrema importância para a diminuição do sofrimento na hora do parto (FADYNHA, 2003, p. 21). Após o momento do parto, as doulas também podem auxiliar a mãe a dar o primeiro banho em seu filho, vestir a primeira roupa, auxiliando e dando todo o suporte necessário (FADYNHA, 2003, p. 43).

A fim de melhorar a qualidade da assistência médica, em fevereiro de 2014, na cidade de Blumenau/SC foi promulgada a Lei Municipal nº 7946/2014 que obriga as "[...] maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, das redes pública e privada, a permitirem a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, sempre que solicitada pela parturiente". (BRASIL, 2014)

Diante desse compromisso com a disseminação do parto humanizado, os médicos, as enfermeiras e as doulas, portanto, fazem parte de uma equipe preparada para viabilizar à gestante uma assistência totalmente digna, reforçando o fato de que o parto é um momento que pertence à mulher, de forma que todos ao seu redor devem trabalhar para que as suas necessidades e escolhas sejam respeitadas e executadas, sem nenhuma violação a qualquer um de seus direitos.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização dessa Pesquisa, inicialmente foi possível encontrar o contexto histórico em que emerge a necessidade do parto humanizado. Concluiu-se, portanto, que a difusão da violência obstétrica teve significativa importância para que as pessoas tomassem conhecimento de sua existência e a consequente conscientização de que algo precisava ser feito a esse respeito.

Foi possível perceber que quando o assunto é mulher e parto, não há o que se falar em simplicidade. A história da mulher na sociedade mostra que a sua luta não é de ontem. Toda essa minimização, esse preconceito em relação à mulher desde os primórdios da humanidade, ajudou, de alguma forma, a afastá-la de qualquer papel de protagonista, em qualquer âmbito social. Que dirá na hora de dar à luz a seu filho.

Portanto, a visão do parto como uma fase de vulnerabilidade e enfraquecimento da mulher deve ser afastada, pois na verdade não representa nada menos do que um

momento de total autodescoberta e autoafirmação de sua força, uma experiência intensa de fortalecimento.

É preciso que haja uma difusão do direito ao parto humanizado, a fim de conscientizar também as mulheres, mas principalmente os profissionais de saúde. A sociedade em geral deve trabalhar para que se possa devolver à mulher a ideia de que o parto é um momento dela e de seu filho e que os profissionais de saúde ao seu redor têm a função não só apenas de realizar o parto, mas também de contribuir ao máximo para atender a todas as necessidades da única pessoa que pode e deve ser a protagonista na hora do parto: a mulher.

Ante o exposto, cumpre elencar algumas indagações necessárias à compreensão do parto humanizado diante do contexto sociopolítico e econômico brasileiro para ulteriores pesquisas: Está clara a necessidade de um papel ativo da mulher na hora do parto, mas até que ponto o protagonismo da mulher deve prevalecer? Qual é o limite entre a intervenção médica e o protagonismo da mulher? Como o médico deve proceder quando a decisão da mulher pode vir a prejudicar a sua saúde ou a saúde de seu filho?

REFERÊNCIAS

ARGENTINA**. Lei 25.929 de 17 de Setembro de 2004**. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>.

BENATTI, Luciana. **Parto com amor** – Em casa, com parteira, na água, no hospital: Histórias de nove mulheres que vivenciaram o parto humanizado. São Paulo: Panda Books, 2011.

BIO, Eliane. **O corpo no trabalho de parto**. São Paulo: Summus, 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de Maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>.

BRASIL. **Lei nº 7.946, de 06 de Fevereiro de 2014.** Dispõe Sobre A Presença De “Doulas” Durante O Parto, Nas Maternidades Situadas No Município De Blumenau. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/b/blumenau/lei-ordinaria/2014/795/7946/lei-ordinaria-n-7946-2014-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-o-parto-nas-maternidades-situadas-no-municipio-de-blumenau>.

BRASIL. **Lei nº 9.029 de 13 de Abril de 1995.** Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9029.HTM>.

BRASIL. **Lei nº 9.263 de Janeiro de 1996.** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>.

BRASIL. **Lei nº 10.048 de 08 de Novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10048.htm>.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 07 de Abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de Dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 569, de 1º de Julho de 2000**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Institui No Âmbito Do Sistema Único De Saúde - SUS - A Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.663 de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. Criança. Mulher e saúde Collection.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. Revista Latino- Americana de Enfermagem. Vol. 13, n. 6, Nov - Dez 2005.

CHESTNUT, David H. **Anestesia Obstétrica**: Princípios e prática. Trad. Gabriella Mendes et al. 5 ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016.

CIELLO, Cariny, et. al. **Violência Obstétrica**: Parirás com dor, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

DALE, Maureen et al**. Rang and Dale´s Pharmacology.** Trad. Raimundo Rodrigues Santos et al. 6 ed. Rio de Janeiro: Elseriver, 2007.

DICIONÁRIO MÉDICO. 2014. Disponível em: <http://www.xn--dicionriomdico-0gb6k.com/>.

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo, físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground, 2003.

LEIFER, Gloria. **Enfermagem Obstétrica**. 11 ed. ELSEVIER: Amsterdã, 2009. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=D4oeDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=enfermagem+obst%C3%A9trica&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiWtLKJ7KXZAhVDOZAKHWWBBHQQ6AEINTAC#v=onepage&q=enfermagem%20obst%C3%A9trica&f=false>.

MABUCHI, Alessandra dos Santos; FUSTINONI, Suzete Maria**. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, vol. 21, n. 3, 2008.

MARQUE, Flavia Carvalho, et. al. **A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento**. Revista de Enfermagem. Escola Anna Nery. Vol.10, n.3, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 2014. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>.

REHUNA - **Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento**.1993. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em: 04 fev. 2018.

SILVA, Michelle Gonçalves da, et. al. **Violência obstétrica na visão das enfermeiras obstetras**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Volume15, n. 4, jul-ago, 2014.

SANTOS, Arielly Duarte Rabelo, et. al. **Episiotomia**: a dor de um parto. Cadernos de graduação Ciencias Biológicas e da Saúde. Aracaju, vol. 4 n.1, Março, 2017.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento et. al. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.22 n.1, jan, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Fevereiro de 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=5FA86C591651CF3889E2832A5DF34AB7?sequence=1>.

CAPÍTULO 11

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE FATORES RELACIONADOS À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 05/12/2020

Sidiany Mendes Pimentel
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas – Tocantins
http://lattes.cnpq.br/6739742519808025

Juliana Bastoni da Silva
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas - Tocantins
http://lattes.cnpq.br/9205151616763158

Raquel Chaves de Macedo
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas - Tocantins
http://lattes.cnpq.br/0816576320567750

Thalita Araújo do Nascimento
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas - Tocantins
http://lattes.cnpq.br/1053775459649917

Guiomar Virgínia Vilela Assunção de Toledo Batello
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas – Tocantins
http://lattes.cnpq.br/2648395395077071

Juliana Maria Barbosa Bertho de Oliveira
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas – Tocantins
http://lattes.cnpq.br/3560158404782386

Leidiene Ferreira Santos
Universidade Federal Do Tocantins
Palmas – Tocantins
http://lattes.cnpq.br/8082542010566584

RESUMO: Esta pesquisa teve como objetivo identificar a importância atribuída, por Enfermeiros de um hospital infantil, a elementos da estrutura física e organizacional e ao processo de trabalho para a ocorrência de eventos adversos, considerando-se os planos ideal e real (presentes no seu ambiente de prática). Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada com Enfermeiros de um Hospital Infantil Público, no Estado do Tocantins por meio da aplicação da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos com intervalo de resposta em escala do tipo *Likert*. A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2019, após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética Local. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. A amostra final foi composta por 22 Enfermeiros, destes, 50% possuíam alta percepção para o domínio estrutura e 68,18% possuíam alta percepção para o domínio processo quanto aos fatores que podem predispor à ocorrência de eventos adversos. A média de respostas para o domínio estrutura foi de 4,9 no nível ideal e 2,95 no nível real, no domínio processo a média foi de 4,8 para o ideal e 2,7 para o real, verificando-se o intervalo entre o ideal e o real para itens investigados. O estudo reforça a necessidade de adoção de práticas baseadas em evidências e de estratégias recomendadas por órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde, para abordar questões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho neste hospital, para que este serviço de saúde aproxime-se, cada vez mais, dos parâmetros considerados ideais para uma prática segura na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Enfermagem pediátrica. Segurança do paciente. Sistemas de medicação no hospital. Avaliação de processos e resultados em cuidados de saúde.

NURSES' PERCEPTION OF FACTORS RELATED TO THE OCCURRENCE OF ADVERSE EVENTS IN A PEDIATRIC HOSPITAL

ABSTRACT: This research aimed to identify the importance attributed, by nurses of a children's hospital, to elements of the physical and organizational structure and the work process for the occurrence of adverse events, considering the ideal and real plans (present in their practice environment). This is a descriptive, transversal research, with a quantitative approach, carried out with Nurses of a Public Children's Hospital, in the State of Tocantins through the application of the Scale of Predisposition to the Occurrence of Adverse Events with response interval in Likert type scale. Data collection took place from August to November 2019, after the approval of this study by the Local Ethics Committee. The data analysis was performed by means of descriptive statistics. The final sample was composed by 22 Nurses, of these, 50% had high perception for the structural domain and 68.18% had high perception for the process domain as to the factors that can predispose to the occurrence of adverse events. The average of responses for the structural domain was 4.9 for the ideal level and 2.95 for the real level, in the process domain the average was 4.8 for the ideal and 2.7 for the real, being verified the interval between the ideal and the real for investigated items. The study reinforces the need for adopting evidence-based practices and strategies recommended by official agencies, such as the Ministry of Health, to address issues related to the structure and work process in this hospital, so that this health service gets closer and closer to the parameters considered ideal for a safe health practice.
KEYWORDS: Nursing, Pediatric Nursing. Patient Safety. Hospital Medication Systems. Outcome and process assessment health care.

1 | INTRODUÇÃO

O princípio postulado por Hipócrates de primeiramente não causar danos lançou as bases para a definição da segurança do paciente na assistência à saúde (GAITA, FONTANA, 2018). Esta é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009) e é influenciada por diversos fatores, sendo eles, fatores humanos e do sistema; externos e fatores relacionados ao paciente, como as fases de maior vulnerabilidade, a exemplo da população pediátrica (MENDES, 2014). A preocupação em reduzir os riscos no cuidado à saúde e sua relação com o ambiente é mencionada na história com Florence Nightingale durante a guerra da Criméia. Ela empreendeu intervenções nos hospitais de campanha modificando o ambiente para priorizar a segurança dos soldados, tendo-a como um elemento de qualidade do serviço prestado (BUENO e FASSARELLA, 2012).

A temática da segurança do paciente foi globalizada em 1999 com a publicação do

estudo *To Err is Human* (Errar é humano) do *Institute of Medicine* (IOM). O relatório causou grande impacto entre os profissionais e gestores de saúde e gerou uma mobilização mundial que culminou na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, lançada em 2004 pela OMS (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000; NASCIMENTO e DRAGANOV, 2015). No Brasil, foi criado em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, com o objetivo de implementar medidas assistenciais, tendo como foco principal a redução dos eventos adversos (BRASIL, 2014).

Os eventos adversos são definidos como incidentes que resultam em dano ao paciente (MENDES, 2014). Estima-se que de 3 e 4% dos pacientes hospitalizados são prejudicados pelas ações de cuidado que deveriam ser benéficas (SCHATKOSKI *et al*, 2009) e o impacto dos eventos atingem o paciente, sua família e as instituições de saúde (PETERLINI, CHAUD e PEDREIRA, 2003). Estima-se que os gastos decorrentes dos eventos adversos chegam a valores entre 17 – 29 bilhões de dólares (WHO, 2003).

As crianças são um público especialmente vulnerável aos eventos adversos e às falhas no emprego dos medicamentos. O metabolismo em desenvolvimento, a imaturidade dos órgãos e a fragilidade na comunicação somada à carência de medicamentos padronizados predispõe essa faixa etária à ocorrência dos eventos (PEDREIRA, PERTELINI e HARADA, 2003). Quando hospitalizadas, a probabilidade de ocorrência de eventos adversos é três vezes maior na criança, se comparada aos adultos (BELELA, PEDREIRA e PETERLINI, 2011). Uma análise de notificações de incidentes associados à medicação na Inglaterra identificou que a faixa etária mais acometida é a de zero a quatro anos de idade (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009). No Brasil, em uma unidade de cuidados intensivos pediátrica, uma pesquisa constatou a ocorrência de 227 erros por 1000 pacientes-dia (BELELA, PEDREIRA e PETERLINI, 2011) evidenciando falhas no processo do cuidado.

Para a avaliação da qualidade do cuidado ofertado, Donabedian (1980) formulou um modelo teórico de três indicativos representativos de três aspectos principais da dimensão da qualidade: Estrutura, Processo e Resultado. Quando aplicados às instituições eles permitem compreender o processo de trabalho e fatores de qualidade sendo úteis na avaliação do processo do cuidado de Enfermagem.

No campo estrutura, são alvos de avaliação a área física, os recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços visto que as características da equipe, como grau de formação e número de horas de trabalho são fatores que influenciam na segurança do paciente (BARBOSA, 2014). No âmbito do processo, são avaliadas as atividades prestadas na assistência, a competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e pacientes. No quesito resultado, são analisadas as mudanças das práticas relacionadas ao conhecimento e o comportamento dos profissionais sobre segurança e qualidade, assim como seu impacto na saúde dos pacientes (DONABEDIAN, 1980).

O modelo teórico de Donabedian foi utilizado por Lobão e Menezes (2012) na

construção e validação de uma escala, nomeada 'Escala de Predisposição à ocorrência de eventos adversos – EPEA', que foi concebida para uso no ambiente hospitalar. Nesse contexto, a equipe de Enfermagem possui uma posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, uma vez que são responsáveis por diversas etapas do cuidado (LOBÃO, MENEZES, 2012; PEDREIRA, PERTELINI e HARADA, 2009). Esta pesquisa objetivou identificar a importância atribuída, por Enfermeiros de um hospital infantil, a elementos da estrutura física e organizacional, bem como ao processo de trabalho para a ocorrência de eventos adversos, considerando-se os planos ideal e real (presentes no seu ambiente de prática).

2 I MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa que foi realizado em um Hospital Infantil Público, no Estado do Tocantins. Participaram do estudo os Enfermeiros que trabalhavam no Hospital Infantil durante o período da coleta, que ocorreu de agosto a novembro de 2019.

A escolha da amostra ocorreu por conveniência e foram incluídos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram da pesquisa 28 Enfermeiros, mas, destes, 6 foram excluídos por preencherem incorretamente ou deixarem o questionário incompleto ficando a amostra final composta por 22 Enfermeiros. A coleta deu-se durante 12 visitas que ocorreram nos turnos matutino, vespertino e noturno, em dias variados da semana. Por meio da escala diária, os Enfermeiros foram listados e abordados em seus setores. Foi utilizado um instrumento autoaplicável construído e validado por Lobão e Menezes (2012): a Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA). A EPEA é dividida em 2 partes, a primeira possibilita a caracterização demográfica e profissional de Enfermeiros, que foi adaptada pelas pesquisadoras do presente estudo. A segunda parte objetivou caracterizar o nível de importância, que os Enfermeiros atribuem a fatores relacionados à estrutura física, organizacional e ao processo de trabalho, para a ocorrência de eventos adversos, considerando-se os planos ideal e real, ou seja, presentes no campo de prática do Enfermeiro.

A EPEA é composta por 46 itens agrupados em duas dimensões: 12 na dimensão estrutura e 34 na dimensão processo. Para resposta é utilizada uma escala do tipo *Likert* contendo cinco respostas possíveis: Discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente.

A análise percentílica da percepção dos indivíduos foi realizada por meio das faixas normatizadas pelos autores do instrumento (LOBÃO e MENEZES, 2012). Para uso desta, foi calculada a média da diferença entre as repostas atribuídas ao nível ideal e ao real, tanto para o domínio estrutura, quanto para o domínio processo; essa média permitiu classificar a

percepção dos Enfermeiros conforme as faixas apresentadas a seguir (QUADRO 1).

NÍVEL	PERCENTIL	ESTRUTURA
Baixa percepção	<50	< 1,27
Média percepção	50 ≤ x ≤ 75	1,27 a 1,92
Alta percepção	X ≥ 75	> 1,92
NIVEL	PERCENTIL	PROCESSO
Baixa percepção	<50	< 1,41

QUADRO 1: Faixas percentílicas da normatização da Escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos, Palmas – TO, 2019.

Fonte: LOBÃO (2012, p. 100).

Os dados foram organizados em planilhas no Microsoft Excel for Windows 2010® e analisados por estatística descritiva. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins e aprovada sob o CAAE 08269319.0.0000.5519 e todos os participantes receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 28 Enfermeiros de um Hospital Infantil Público, no Estado do Tocantins, o que corresponde a 50,90% do quadro de profissionais desta categoria, na referida instituição. Destes, quatro deixaram o instrumento incompleto e dois preencheram incorretamente, portanto, foram excluídos da pesquisa. Portanto, a amostra final foi composta de 22 Enfermeiros.

Cerca de 68,18% dos participantes do estudo eram do sexo feminino (n= 15) com média de 38,2 anos, dado consonante com uma pesquisa realizada em Fortaleza onde 100% dos profissionais eram do sexo feminino (LIMA *et al*, 2017). Tal configuração reflete a trajetória histórica da profissão, retratada pela pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem e da Fundação Oswaldo Cruz que estima que 86,2% dos Enfermeiros são mulheres e que 61,7% possuem menos de 40 anos (COFEN, 2013).

O tempo de formação foi em média de 12 anos (DP=7,6); cerca de 68,18% dos Enfermeiros possuíam 10 anos ou mais de formados (n=15). O tempo médio de trabalho no hospital foi de 5,6 anos (DP=3,1) e cerca de 45,45% dos participantes trabalhavam no local há menos de 5 anos (n=10). O tempo de atuação profissional e o tempo de trabalho no hospital são indicadores, que podem interferir na segurança do paciente, que refletem a rotatividade dos profissionais e o vínculo com a instituição, equipe e pacientes (BARBOSA *et al*, 2016). A rotatividade profissional prejudica uma cultura de segurança nos serviços de saúde ao impossibilitar, por exemplo, a implementação de padronização de normas e rotina (MEDEIROS *et al*, 2010; BARBOSA *et al*, 2016). A média de atuação dos Enfermeiros

no hospital foi superior ao encontrado na pesquisa de Rodrigues (2017) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI's), que observou média de 3 anos de atuação e semelhante ao estudo de Matiello *et al*. (2016) que observou a média de cinco anos ou mais de atuação. A literatura menciona que profissionais com menos de seis meses de atuação ainda estão adaptando-se ao ambiente de trabalho, enquanto que Enfermeiros com mais tempo de atuação possuem conhecimento da rotina, maior convivência e troca de relações, fatores positivos para a execução do cuidado livre de falhas (SILVA, 2018; CARVALHO *et al*., 2017).

Quanto aos vínculos empregatícios, 59,90% atuavam apenas no referido hospital infantil (n= 13), 36,36% possuíam dois vínculos de trabalho (n=8) e 4,54 % possuíam três vínculos (n=1). Dos que possuíam outros vínculos 77,77% (n=7) atuavam como Enfermeiros em outra instituição. A carga horária semanal média dos Enfermeiros foi de 47 horas (DP=17,2), 40,90% trabalhavam entre 40 – 60 horas por semana (n=9), 36,36% trabalhavam 30 horas semanais (n=8) e 22,72% trabalhavam entre 70-80 horas (n=5). A jornada de trabalho semanal foi superior à encontrada por Lobão e Menezes (2017) em UTI's na Bahia, cuja média foi de 38,43 horas. Lima e Bianchi (2010) destacam que duplas jornadas ocasionam cargas excessivas de trabalho, gerando cansaço físico e mental que podem desencadear problemas relacionados à segurança do paciente, ao passo que minimizam os momentos de lazer e com a família, assim como contribuem para uma maior suscetibilidade ao estresse e ao erro (BARBOSA *et al*, 2014).

Quanto ao desgaste no trabalho, 50% classificavam o trabalho como muito desgastante (n=11), 45,45% como pouco desgastante (n=10) e 4,54% como sem desgaste (n=1). Estudos recentes acentuam a relação entre o desgaste no trabalho e a ocorrência de eventos adversos. O desgaste do trabalhador impacta na sua saúde, compromete seu desempenho, reduz a produtividade, fragiliza a realização do cuidado, favorece o absenteísmo, a rotatividade de trabalhadores e, consequentemente, aumenta a probabilidade de riscos de acidentes no trabalho (SANTANA *et al*., 2013).

Referente ao aprimoramento profissional, 77,27% possuíam especialização ou residência completos (n=17) e 4,54% estavam cursando (n=1). A complementação da formação profissional é defendida pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente como fator de diminuição de falhas (LOBÃO e MENEZES, 2017; BRASIL, 2014). Dos participantes, 45,45% haviam recebido treinamento sobre o processo de medicação (n=10), ressalta-se a importância da implementação das estratégias e treinamentos recomendadas pelas organizações de saúde reguladoras, pois profissionais capacitados são mais colaborativos para a promoção da cultura de segurança do paciente e para a redução da ocorrência de eventos adversos (WHO, 2007; RODRIGUES, 2017).

Em relação aos domínios da EPEA, analisou-se a diferença entre o ideal e o real para cada item. No domínio estrutura foi encontrado grande diferença, entre as dimensões ideal e real, no item "Dispor de um sistema de monitorização multiparamétrica

com acompanhamento através de central no balcão de Enfermagem” com média 1,81 (DP=1,12). Esta tecnologia é de alto custo, o que dificulta sua implantação (RODRIGUES, 2017). Apesar de produzir um impacto positivo na segurança do paciente, esta tecnologia é mais frequente nas UTI’s. Deste modo, como alternativa, Teixeira *et al.* (2015) defendem que estratégias de monitoramento seriado dos sinais vitais são de fácil implantação e contribuem para prevenção de danos e identificação precoce da ocorrência de eventos, que possam afetar a qualidade das ações de cuidado.

O item “Dispor de dispensadores de Álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI apresentou diferença de 1,77, ou seja, existe a implantação de tal item nos setores, fator em consonância com pesquisas semelhantes realizadas em UTI’s, que mostram a consolidação da estratégia para a prática de cuidado. No item “Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos” foi encontrada a menor diferença do domínio, diferença de 1, o que indica que tal item é aplicado na instituição e que o Núcleo de Segurança do Paciente do hospital tem atuado conforme os eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

No domínio Processo, foi encontrada grande diferença entre o real e ideal para os itens: “Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse)“, com diferença de 3,22, “Utilizar protocolo de dupla-checagem para a administração de medicamentos”, diferença de 2,95 e “Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os Enfermeiros assistenciais e a coordenação de Enfermagem” com diferença de 2,90. Tais itens são recomendações da PNSP como estratégias para mitigar as quedas nas instituições de saúde, para um processo de medicação segura e para uma comunicação efetiva e cuidado integrado (BRASIL 2013A, BRASIL, 2013B) e são de importância crítica na assistência pediátrica, devido às diferenças no processo de cuidado (PEDREIRA, PERTELINI e HARADA, 2006, BRASIL, 2014).

As diferenças entre as dimensões ‘real’ e ‘ideal’ reforçam a necessidade da adequação da estrutura e dos processos de trabalho no hospital, para que seja atingido o cuidado ideal, ou seja, mais seguro. As estratégias para tal são apresentadas nos protocolos e diretrizes dos órgãos reguladores e visam promover uma prática segura no cuidado pediátrico (BRASIL, 2013A; BRASIL, 2013B). A média das respostas é apresentada no Gráfico 1.

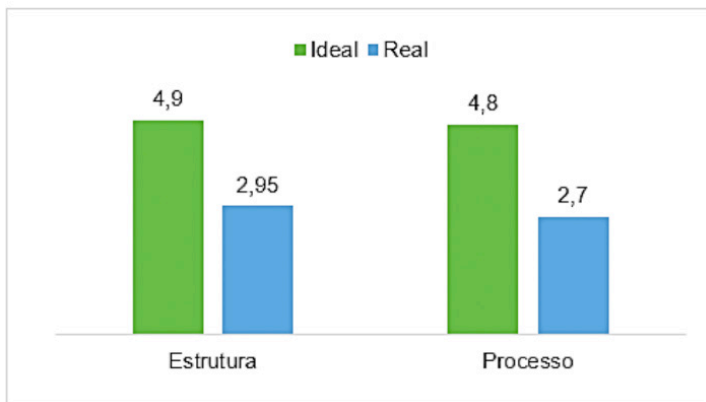



Gráfico 1 - Distribuição das médias das respostas atribuídas ao nível ideal e real para as dimensões estrutura e processo da EPEA, Palmas – TO, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Utilizando as faixas percentílicas normatizadas (QUADRO 1) é possível agrupar os Enfermeiros por nível de percepção frente à EPEA agrupando-os em baixa percepção, média percepção e alta percepção conforme Gráfico 2.

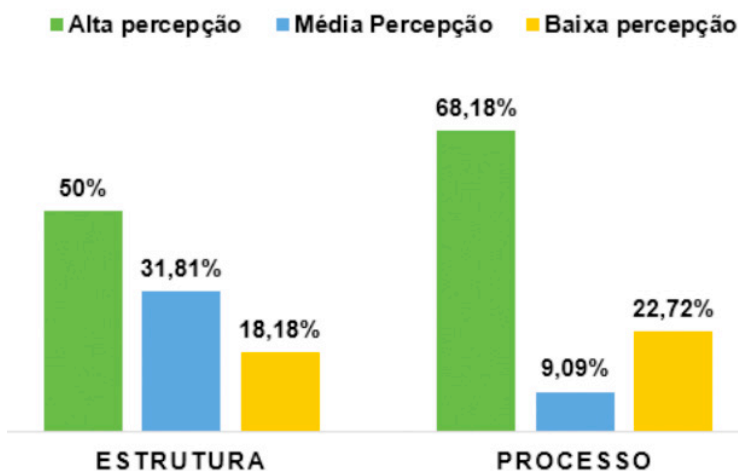



Gráfico 2 – Distribuição dos Enfermeiros por nível de percepção. Palmas – TO, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Observou-se que 50% dos Enfermeiros possuíam alta percepção para o domínio estrutura e 68,18% alta percepção para o domínio processo; os percentis contrastam com

a pesquisa de Lobão e Menezes (2017) em um hospital no estado da Bahia, que encontrou apenas 25,2% dos Enfermeiros com alta percepção em estrutura e 27,6% com alta percepção em processo. O estudo de Rodrigues (2017) classificou 29% dos Enfermeiros com alta percepção em estrutura e 25,7% com alta percepção em processo.

A percepção superior dos Enfermeiros, no presente estudo, quanto às dimensões avaliadas pode estar relacionada às características dos participantes desta pesquisa, como maior tempo de formação e aprimoramento profissional.

Apesar da classificação da maioria dos Enfermeiros em 'alta percepção', ressalta-se a importância da capacitação e das práticas de educação permanente, a fim de que os profissionais classificados com baixa e média percepção sejam qualificados para atingirem melhor percepção dos fatores, que contribuem para a ocorrência de eventos adversos na assistência à saúde.

Identifica-se como limitação deste estudo o curto período de coleta de dados, que dificultou o acesso à uma amostra maior. Outra dificuldade para o desenvolvimento do trabalho foi o tempo dispendido pelos participantes para o preenchimento do instrumento, o que gerou uma dificuldade de adesão à pesquisa.

4 | CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a importância atribuída pelos Enfermeiros aos fatores relacionados à segurança do paciente na estrutura da instituição e nos processos de trabalho. Os participantes desta pesquisa, na maioria, apresentaram alta percepção na EPEA, o que é interpretado como uma atitude positiva diante dos fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos. Sugere-se a aplicação da EPEA em diferentes estabelecimentos de saúde, o que pode viabilizar comparações entre os estudos e contribuir para a implementação de estratégias para melhorar a segurança do paciente pediátrico. Reforça-se a importância da capacitação profissional adequada e efetiva a fim de os profissionais sejam atualizados quanto as estratégias relacionadas à assistência à saúde da criança, ao processo de medicação e à comunicação efetiva.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Taís Pagliuco et al. **Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.** Acta paulista enfermagem, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 243-248, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000300243&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BARBOSA, Maria Helena et al. **Clima de segurança do paciente em um hospital privado**. Texto contexto - enfermagem, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000300312&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. **Erros de medicação em pediatria**. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-569, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300022>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 01: Protocolo de Prevenção de Quedas**. Brasília, 2013A. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Brasília; 2013B. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. **Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica.** Rev. Rede de cuidados em saúde, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1573>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CARVALHO, Rhanna Emanuela Fontenele Lima et al. **Avaliação da cultura de segurança em hospitais públicos no Brasil**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf.>. Acesso em: 19 nov. 2019.

DONABEDIAN, Avedis. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment: Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, Health Administration Press, p. 163, 1980.

GAITA, Marcia do Carmo; FONTANA, Rosane Teresinha. **Percepções e saberes sobre a segurança do Paciente Pediátrico.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04 e20170223.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

KOHN, Linda. T.; CORRIGAN, Janet. M.; DONALDSON, Molla. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. National Academy Press, Washington, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LIMA, Gabriela Feitosa; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas**. Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte, v. 14, p. 210-18, 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/108>. Acesso em 20 nov. 2019.

LIMA, Kelcione Pinheiro et al. **Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro**. Revista de enfermagem, Recife, v. 11, p.1234-43, 2017.

LOBÃO, William Mendes; MENEZES, Igor Gomes. **Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_21.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LOBÃO, William Mendes; MENEZES, Igor Gomes. **Atitude dos enfermeiros e predisposição da ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva.** Rev. de Enfermagem, Recife, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23350/18963>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MATIELLO, Raquel Duarte Corrêa et al. **A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro**. Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 5, ago. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45408>. Acesso em: 29 nov. 2019.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família**. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-153, 2010.

MENDES, Walter. **Taxonomia em segurança do paciente**. In: SOUSA, P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 1, p. 57-70.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. **História da qualidade em segurança do paciente. História da Enfermagem**. Rev. Eletrônica, v.6, n. 2, p.299-309, 2015. Disponível em:<http://here.abennacional.org.br/here/segurancadopaciente.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. **Review of patient safety for children and young people. National**, London, 2009. Disponível em: <https://improvement.nhs.uk/resources/learning-from-patient-safety-incidents/>. Acesso em: 17 abr. 2019.

PEDREIRA, Mavilde L. G.; PETERLINI, Maria Angelica Sorgini; HARADA Maria Jesus Castro Sousa. **Erros de medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro**. In: HARADA Maria Jesus Castro Sousa, PEDREIRA, Mavilde L. G. (orgs). O erro humano e a segurança do paciente. Atheneu, São Paulo, p. 123-48. 2009.

PETERLINI. Maria Angélica Sorgini; CHAUD, Massae Noda; PEDREIRA, Mavilde L. G. **Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas**. Rev. Latino Americana de Enfermagem, v. 11, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16564.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto. **Cultura de segurança do paciente e predisposição à ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva**. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2017.

SANTANA, Leni de Lima et al. **Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al.**Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura.** Rev. Latino-Am.Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 17, n. 3, p. 410-416, 2009.

SILVA, Viviane Franzoi. **Atitudes de segurança do paciente: Percepções da equipe de saúde de unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do Distrito Federal.** Universidade De Brasília Faculdade De Ciências Da Saúde, Departamento De Enfermagem, Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem. Brasília, 2018.

TEIXEIRA, Cristiane Chagas et al. **Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1071-1078, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Rapid Assessment Methods for Estimating Hazards**. Genebra; 2003. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/activities/system/en/rapid_assessment_methods.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**, p. 153, jan. 2009. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Look-alike/sound-alike medication errors**. Patient Safety Solutions. 2007.

CAPÍTULO 12

A ETNOMEDICINA INDÍGENA NA VISÃO DOS MÉDICOS DE CAMPO GRANDE-MS: RELATOS E DISCUSSÃO SOBRE INTERMEDICALIDADE

Data de aceite: 01/02/2021

José Danilo Santos Lopes
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UEMS, Curso de Medicina
Campo Grande – MS
http://lattes.cnpq.br/8909771287975692

Maria Inesila Montenegro Garcia de Oliveira
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UEMS, Curso de Medicina
Campo Grande – MS
http://lattes.cnpq.br/8302554685936037

RESUMO: O presente estudo objetivou relatar e discutir a visão do profissional médico atuante na atenção à saúde indígena na cidade de Campo Grande - Mato Grosso do Sul em relação à etnomedicina e à prática da intermedicalidade. Etnomedicina e intermedicalidade são termos desconhecidos, trabalhados empiricamente e certamente merecedores de abordagem em capacitações não somente para com os médicos, mas inclusive para os demais profissionais das Unidades de Atenção Básica. A opinião dos médicos atuantes na atenção campo-grandense à saúde do índio a respeito das práticas etnomédicas indígenas é positiva, sendo apontadas como importantes e merecedoras de preservação, mas com discursos permeados por insegurança, desconhecimento, falta de capacitação e orientações específicas e, como complicador disso, o pouco tempo de permanência no serviço. Boas práticas passíveis de aperfeiçoamento e difusão não foram identificadas, principalmente em função da escassez de tempo e orientação e da rotatividade dos profissionais. São necessárias ações de conscientização e capacitação do médico sobre intermedicalidade para a real atenção diferenciada, fundamental nesse contexto intercultural.

PALAVRAS-CHAVE: Etnomedicina; Saúde de Populações Indígenas; Atenção à Saúde; Intermedicalidade.

INDIGENOUS ETHNOMEDICINE IN THE VIEW OF PHYSICIANS IN CAMPO GRANDE-MS: REPORTS AND DISCUSSION ABOUT INTERMEDICALITY

ABSTRACT: This study aimed to report and discuss the view of the medical professional working in indigenous health care in the city of Campo Grande - Mato Grosso do Sul in relation to ethnomedicine and the practice of intermedicality. Ethnomedicine and intermedicality are unknown terms, worked on empirically and certainly worthy of approach in training not only for doctors, but also for other professionals in Primary Care Units. The opinion of doctors working in Campo Grande for indigenous health care regarding indigenous ethnomedical practices is positive, being pointed out as important and deserving of preservation, but with speeches permeated by insecurity, ignorance, lack of training and specific guidelines and, complicating this, the short time in the service. Good practices that could be improved and disseminated were not identified, mainly due to the lack of time and guidance and the turnover of professionals. Awareness-raising and training of doctors on intermedicality are necessary for

real differentiated care, which is fundamental in this intercultural context.

KEYWORDS: Ethnomedicine; Health of Indigenous Peoples; Health Care (Public Health); Intermedicality.

1 I INTRODUÇÃO

Diversas culturas desenvolveram saberes terapêuticos para os males do corpo, da mente e da alma muitas vezes não-empíricos, psíquicos, espirituais, geracionais, milenares. A isso, Greene (1998) chamou de Etnomedicina. A medicina científica, entretanto, desenvolve sua terapêutica com base em metodologias também científicas, que em primeira análise opõem-se a tal subjetividade.

Akerele (1987 apud GREENE, 1998) sugere que exista uma forte tendência da ciência em validar o conhecimento etnomédico no que se refere ao conhecimento das plantas como recursos terapêuticos. Por outro lado, também sugere que a mesma ciência possui tendências para desencorajar práticas que os pesquisadores de saúde não reconheçam como legítimas, o que revela sua vulnerabilidade à distorção e à fratura.

Menéndez (1988) há anos declarou a existência de um conflito entre a prática médica contemporânea e os saberes terapêuticos populares ao apresentar e definir o Modelo Médico Hegemônico. Para o autor, tal Modelo é:

> “conjunto de práticas, conhecimentos e teorias geradas pelo desenvolvimento do que é conhecido como medicina científica, que desde o final do século XVIII tem conseguido estabelecer como subordinado o conjunto de práticas, conhecimentos e ideologias teóricas até então dominantes nos grupos sociais, identificando-se como a única forma de tratar a doença, legitimada tanto por critérios científicos, quanto pelo Estado.”

O autor, entretanto, esclarece que, ao invés de se ter uma visão maniqueísta, onde a medicina científica é tida como unicamente negativa, deve-se analisar o que chamou de Crise do Modelo Médico Hegemônico em face dos saberes etnomédicos e do respeito à cultura e, com apoio dessas etnomedicinas, propor soluções integradas para os agravos às condições de saúde da América Latina, reduzindo, também, situações de submissão ou eliminação dos saberes populares terapêuticos.

Consoante a essa intenção integradora, Greene (1998) propõe o conceito de intermedicalidade: o cenário onde diversas práticas terapêuticas convivem. Criticando o interesse quase que unicamente farmacológico das autoridades em saúde em ervas e outras matérias que fazem parte da etnomedicina, o autor ressalta que a intermedicalidade não ignora técnicas, rituais e outros elementos da cultura dos povos, mas os integra às demais práticas aprendidas na academia.

Ainda na visão do autor,

> "Um desenvolvimento médico politicamente e culturalmente mais sensível avaliaria e promoveria a ação do conhecimento e da prática etnomédica como já existente, ao invés de pressupô-la como cultural e historicamente estática."

Tais questões permeiam a temática da bioética, onde Lolas (2001, apud CAMPOS; OLIVEIRA, 2017) apresenta a chamada Trindade Bioética, composta por três princípios bioéticos laicos: autonomia, benevolência e justiça. Acrescenta ainda que, em decorrência destes, outros princípios são de interesse moral da bioética: a sacralidade da vida humana; o consentimento livre e esclarecido do paciente; e a dignidade e integridade física, psíquica e moral do ser humano.

No contexto da intermedicalidade, as soluções integradas citadas por Menéndez (1988) e buscadas em diversos modelos de atenção à saúde indígena dependem fortemente dos princípios citados: da autonomia e do consentimento livre e esclarecido do paciente. O primeiro é definido como

> "poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente." (MARCHI; SZTAJN, 1998, apud CAMPOS; OLIVEIRA, 2017, p. 28).

Já o segundo, refere-se à autorização que o usuário do serviço de saúde dá ao profissional para intervir em seu organismo, para que realize procedimentos clínicos ou terapêuticos, e é composto pelos seguintes elementos: voluntariedade, informação, entendimento e competência (MUÑOZ; FORTES, 1998, apud CAMPOS; OLIVEIRA, 2017).

Na reflexão de Silva (2008) sobre a intermedicalidade vivida pelos Atikum, grupo indígena localizado no sertão pernambucano, práticas em saúde tradicionais dialogam com a terapêutica da medicina científica, que pode ser ressignificada em um ambiente aberto para negociações e escolhas por parte dos atores sociais. Tal fato remete à reflexão de Lorenzo (2011), que diz:

> "Se todos os concernidos de uma situação a regular estão representados em um espaço de diálogo que permite o livre posicionamento de todos, a decisão e as consequências delas advindas devem ter sido avaliadas e aceitas por todos. Dessa forma, a tomada de decisão sobre a ação ou prática social escapa, segundo Habermas, tanto ao risco de um universalismo abstrato e etnocêntrico quanto ao risco de um relativismo inoperante, que não contribui para soluções eticamente aceitáveis em conflitos criados quando uma mesma ação envolve sujeitos e grupos de diferentes referenciais culturais e éticos, como é próprio das práticas de saúde derivadas de políticas públicas."

É possível concluir neste momento que, mais que alteridade e empatia por parte do profissional de saúde, em especial do médico atuante na atenção à saúde em interfaces étnicas e culturais, é necessário que haja, no exercício do respeito aos princípios da autonomia e do consentimento livre e esclarecido do paciente – não excluindo-se os demais, a promoção da participação usuário do sistema de saúde na sua proposta terapêutica,

potencializando adesão ao tratamento, bem como valorização e perpetuação de aspectos culturais.

Entende-se, portanto, que são necessários estudos acerca da relação médico-paciente indígena em Campo Grande - Mato Grosso do Sul no âmbito da etnomedicina e da intermedicalidade, uma vez que o referido estado possui a segunda maior população indígena aldeada e a segunda maior população autodeclarada indígena no Brasil, dividida em oito etnias, que corresponde a 2% da população do estado e a 9% da população autodeclarada indígena no País. Campo Grande, por sua vez, possui uma taxa de crescimento populacional indígena estimado em 2% ao ano, com crescimento absoluto entre 2000 e 2010 de 1.037 indivíduos, apresentando em 2010 um total de 5.657 pessoas (IBGE, 2012). Observa-se, ainda, que há escassas publicações nacionais sobre os temas da intermedicalidade, da etnomedicina e da bioética associados, nenhuma delas neste estado.

2 | OBJETIVOS

O objetivo geral deste construto é relatar e discutir a visão do profissional médico atuante na atenção à saúde indígena na cidade de Campo Grande - Mato Grosso do Sul em relação à etnomedicina e à prática da intermedicalidade.

Tem ainda como objetivos específicos identificar e relatar a opinião dos médicos atuantes na atenção campo-grandense à saúde do índio a respeito das práticas etnomédicas indígenas; discutir os achados à luz dos conceitos de etnomedicina, intermedicalidade; identificar aprovação ou desaprovação das práticas etnomédicas por parte desses profissionais; e identificar e relatar eventuais boas práticas no encontro médico-paciente indígena;

3 | METODOLOGIA

Para coleta de dados primários, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, além da aplicação de um breve formulário de identificação. O roteiro da entrevista foi formulado à luz do arcabouço teórico levantado.

Os dados coletados foram transcritos e submetidos a análise interpretativa para geração de unidades de sentido, balizadas à luz do referencial teórico adotado. Leituras horizontais de impregnação e posterior tipificação do material coletado foram realizadas e, posteriormente, realizada uma elaboração transversal única de modo a compreender e interpretar os dados (MINAYO, 2012).

Como critérios de inclusão dos participantes na pesquisa, consideram-se: não ser índio, além de ser médico atuante há pelo menos três meses na atenção básica à saúde na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em unidade de saúde cuja área de abrangência contemple uma ou mais comunidades indígenas, além de assinar o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão, por sua vez, são: ser índio; não ser médico; ser médico atuante há menos de três meses na atenção básica à saúde da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul; ser médico atuante há três meses ou mais na atenção básica à saúde da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, mas em unidade de saúde cuja área de abrangência não contemple uma ou mais comunidades indígenas ou não assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi quantificada com base no número de Unidades de Saúde de Campo Grande cujas áreas de abrangência contemplem comunidades indígenas. Sendo este total de 4 (quatro) Unidades, cada uma com dois ou três médicos, considerou-se adequada a realização de entrevistas com 8 (oito) médicos.

Foram realizadas três das oito entrevistas previstas entre os meses de dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, contemplando três das cinco comunidades indígenas campo-grandenses. Duas entrevistas não puderam ser realizadas pois os médicos não atendiam ao critério de inclusão de 3 meses ou mais no atendimento às comunidades indígenas; uma não pôde ser realizada pois não havia médico atualmente lotado na equipe responsável pela área da comunidade e duas não foram realizadas por dificuldades de comunicação com a Unidade de Saúde responsável dentro do prazo disponível para a realização da pesquisa.

Destaca-se que os sujeitos entrevistados são os médicos, conforme critérios de inclusão acima, de modo que esta pesquisa não realizou quaisquer levantamentos de dados primários junto à população indígena, nem mesmo entrada em terras indígenas, já que as Unidades de Saúde ficam em território comum.

Vale esclarecer que as referidas Unidades não atendem exclusivamente a população indígena e não se localizam nos territórios específicos das aldeias (as aldeias são somente uma parte da região de abrangência das Unidades), o que nos desobrigou da necessidade de autorização dos caciques das comunidades adscritas.

A Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) para realização da pesquisa nas Unidades de Saúde foi devidamente concedida. Importa esclarecer que essa Secretaria não foi coparticipante da pesquisa, mas, sim, fornecedora de informações pontuais e liberadora da autorização para a abordagem dos profissionais por ela empregados nas respectivas Unidades de Saúde.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os médicos entrevistados, um formado há 15 anos e outros dois há 6 e 7 meses, atendiam cada um a uma comunidade indígena urbana específica na cidade de Campo Grande – MS há mais de três meses, porém, todos há menos de dez meses. Apenas um havia participado de treinamento específico para a atenção à saúde indígena (40h/a),

realizado há anos por outra instituição, que não a atual onde trabalha, e para atenção a comunidades indígenas de outro estado brasileiro.

A média de atendimentos a pacientes indígenas por semana foi de 17, mas com amplitude considerável (até 25) e relatada imprecisão, uma vez que não há nas anamneses ou mesmo em qualquer cadastro das Unidades a identificação do paciente como indígena e nem mesmo a que etnia possa pertencer.

Essas informações revelam fragilidades processuais do sistema de atenção:

1. A não realização de treinamento específico à atenção indígena para o médico lotado em áreas que contemplem aldeias (e mesmo aos que atendam indígenas não aldeados) poderia incorrer na perpetuação e reforço da ocorrência de relação hegemônica – tendendo ao lado do médico –, como referiu Menéndez (1988), tendo como consequências maior distanciamento médico-comunidade e baixa adesão aos tratamentos estabelecidos;

2. Identifica-se, ainda, a necessidade da disponibilização de informações prévias e oficiais que orientem o médico ao atendimento dentro do contexto da intermedicalidade, como um campo em seu prontuário eletrônico que identificasse o usuário como indígena, o que facilitaria a redução desses problemas anteriormente citados; e

3. A rotatividade observada no grupo de médicos, caso seja uma característica constante de todo o grupo, impede a formação de vínculos fortes com a comunidade, a prática da intermedicalidade e, consequentemente, o desenvolvimento e a execução de boas práticas que possam ser aprimoradas e disseminadas. Sendo assim e por esse motivo, um dos objetivos específicos deste trabalho não pôde ser alcançado em toda a sua plenitude.

Indagados acerca do termo “etnomedicina”, todos informaram nunca ter tomado conhecimento acerca do termo. Um preferiu não arriscar uma definição com base no termo em si. Outro, o mais experiente e treinado, o definiu como “medicações próprias da etnia”; “chás, plantas medicinais” e, depois de questionado, incluiu também técnicas e a realização de rituais como parte de sua definição. O último definiu o termo simplesmente como “práticas da etnia”.

Essas observações, aliadas ao fato da inexistência de capacitação prévia para atenção ao indígena, revela que há um processo empírico da realização do cuidado à pessoa indígena, baseado em pressupostos e, talvez, preconceitos, que podem ser oriundos da ausência de conhecimento acerca das características da comunidade. Junto a isso, há o não atendimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNSPI (BRASIL, 2002), cujas diretrizes incluem, dentre outras orientações, a promoção de cursos de “atualização, aperfeiçoamento e/ou especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema”;

Acerca dos relatos que pacientes possam ter feito aos médicos sobre etnomedicina

durante consultas, um afirmou que seus pacientes indígenas são “muito fechados” e talvez por isso não tenham feito nenhum relato a esse respeito. Os outros dois mencionaram o uso de chás, “garrafadas” e “remédios do mato”, sendo que apenas um destes mencionou a realização de rituais de cura. Tais práticas objetivavam tratar, principalmente, doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica.

Aqui reforça-se a percepção de que o despreparo interfere na prática intermédica, limitando a etnomedicina ao que sugeriu Akerele (1987 apud GREENE, 1998): confirma-se o entendimento de que é uso de plantas medicinais, mas não de técnicas ou rituais. Esse entendimento incompleto desconfirma a cultura da pessoa indígena e ignora aspectos que podem estar sendo determinantes na condição de saúde desse indivíduo.

Sobre tais práticas etnomédicas, foi comum a todos os profissionais entrevistados a afirmação de que são importantes o respeito e a preservação dos conhecimentos tradicionais. Contudo, ainda permeou pelos discursos a insegurança no fato de não rejeitar uma prática que para eles é desconhecida, assim como são suas consequências. Junto a isso, a necessidade de validação do conhecimento étnico para que fosse entendido como autêntico, denunciada por Akerele (1987 apud GREENE, 1998), foi percebida em afirmações como “não sei se funciona”, “não sei se traz benefícios” ou ainda “Qual que é o motivo disso? Por que usar teia de aranha? A própria pessoa pode perceber que não faz muito sentido”.

Sobre isso, nota-se a necessidade de conhecer a Declaração das Nações Unidas Sobre os Direitos dos Povos Indígenas, especificamente seu Artigo 24, parágrafo 1º, que diz:

> “Os povos indígenas têm direitos às suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesses vital, sob o ponto de vista médico. As pessoas indígenas também têm direito ao acesso, sem discriminação alguma, a todos os serviços sociais e de saúde.” (NAÇÕES UNIDAS, 2007)

Questionados acerca do termo “intermedicalidade”, nenhum dos médicos o conhecia previamente. Um preferiu não deduzir o que o termo poderia significar. Outro o definiu como “interação de substâncias” ou “interação entre as práticas dos indígenas e a medicina”. O que participara de treinamento específico o definiu como “usar a sua medicação pra tratar e, a deles, como coadjuvante”. Este ainda pontuou que a intermedicalidade “não é muito presente em Campo Grande”.

Uma vez apresentado o conceito de intermedicalidade constante na literatura, os médicos foram questionados sobre a possibilidade de existência de intermedicalidade na atenção à saúde indígena do Município. Todos responderam que certamente poderia existir. Um deles exemplificou com experiência prévia em outra localidade: “Eles saiam da consulta de um [o médico] e iam pro outro [o pajé]”; “Se o próprio pajé não exclui a minha medicina e eu não excluo a dele, eu reforço a importância dele e ele, a minha”; “muito

tratamento que instituí deu certo porque ele [o pajé] pegou no pé do camarada pra fazer". Este era o mesmo médico que havia passado por treinamento para atenção indígena. Um outro destacou que "é interessante, mas tem que ter preparo", destacando ainda que, para tal, seriam necessários "profissionais que entendessem mais sobre as crenças e rituais deles [os indígenas]". O último não conseguiu descrever com clareza o acontecimento da intermedicalidade em seu contexto.

Apesar da declaração de importância da ocorrência da intermedicalidade, nenhum dos médicos afirmou praticá-la. Todos os motivos permearam a baixa disponibilidade de tempo para estruturar essa prática e o contato limitado com a comunidade indígena de suas áreas. Isso aponta inclusive o desconhecimento (e mesmo a incompletude) da PNSPI (BRASIL, 2002), que fala em atenção diferenciada a esses povos, mas não determina como essa diferenciação deve ocorrer.

Vale a pena ponderar que existe uma discrepância entre o que preconiza a PNSPI (BRASIL, 2002) e a realidade vivida no cuidado aos povos indígenas, pois a falta de profissionais e de vínculos demonstra a fragilidade do sistema delimitado pelo o recorte entre a políticas e a realidade na assistência à saúde, o que justifica, mas não exclui de responsabilidade, a ausência de capacitação aos profissionais para o entendimento dos povos em sua essência.

Ainda sobre essas últimas afirmações dos entrevistados, em especial a que põe a etnomedicina como coadjuvante de uma terapêutica medicamentosa, há um contraste delas com o que defende a PNSPI (BRASIL, 2002): é a atenção primária que deve ser considerada como complemento às práticas tradicionais, não o inverso ou mesmo como sua substituta.

Todos os médicos identificaram possíveis benefícios diante de uma eventual implantação de práticas intermédicas. Sobre isso, um deles afirmou que poderia ser estabelecida "confiança por parte do paciente para com o profissional" e "vínculo também, pois o médico que só diz 'não pode isso' e 'não pode aquilo' perde o paciente na primeira consulta". Outro médico levantou a possibilidade de maior adesão aos tratamentos. O último, mais sucintamente, declarou a possibilidade de "melhora nos indicadores de saúde".

Vemos nos relatos dos profissionais o entendimento da importância das práticas dialógicas, sendo as mesmas de fundamental importância para os processos do cuidar na atenção básica em saúde. O médico atua com conhecimentos, habilidades e atitudes, mas compreende a interação entre ele e a comunidade como determinante para a atuação efetiva junto aos povos indígenas para adesão ao tratamento.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, espera-se que seja o primeiro de muitos, desvela parte da realidade de Campo Grande – MS acerca da atenção às comunidades indígenas em contexto urbano e

abre espaço para a discussão acerca do tema.

Apesar de notórias boas intenções por parte dos médicos entrevistados, com declarações positivas acerca da medicina tradicional indígena, muitas lacunas de capacitação foram identificadas, assim como foi possível perceber um lacuna importante para as especificidades que tangem à atenção diferenciada às comunidades indígenas, tanto tecnologicamente quanto em relação a recursos humanos, abrindo como proposta para avanço.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de mais estudos sobre o tema, principalmente no contexto campo-grandense, a conscientização do poder público acerca do mesmo e sua ação através de um maior preparo de seu corpo clínico para a realização de uma atenção diferenciada que garanta respeito à cultura, dignidade, equidade e espaço para realização do trabalho intermedicalidade.

Ficam como sugestões a reprodução desse tipo de estudo em outras regiões com população indígena expressiva, a identificação da pessoa indígena em seu cadastro no Sistema Único de Saúde para que o médico identifique um atendimento dentro do contexto interétnico, para que a PNSPI possa ser representada efetivamente em atuações junto a atenção básica em saúde. Além disso, sugere-se o desenvolvimento de projetos de extensão por parte de instituições de ensino superior em parceria com o poder público para sensibilização e capacitação das equipes de saúde, principalmente da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D.; A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 115, pp. 13-45. Belo Horizonte, jul./dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

GREENE, S. The Shaman's Needle: development, shamanic agency and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. In: **American Ethnologist**, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Os indígenas no censo demográfico 2010**: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO MPUMALANGA. **Indígenas do Mato Grosso do Sul**: uma luta sem vitórias. Sítio da web. Disponível em < http://mpumalanga.com.br/indigenas-do-mato-grosso-do-sul-uma-luta-sem-vitorias/>. Acessado em 16 de março de 2017.

LORENZO, C.; Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, pp. 329-342. Conselho Federal de Medicina. Brasília – DF, 2011.

MENÉNDEZ E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**. Buenos Aires. 1988 pp. 451-464.

MERHY, E. E.; O Cuidado é um Acontecimento e Não um Ato; In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S.; Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, pp. 621-626. Rio de Janeiro – RJ, 2012.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas**. Sexagésimo período de sessões. Tema 68 do Programa. 2007.

SILVA, G. da; **Negociações em Pauta**: práticas de auto-atenção, conhecimento e poder no contexto Atikum. IV Encontro Nacional da ANPPAS, Brasília – DF, 2008.

CAPÍTULO 13

PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FORTALEZA/ CE SOBRE A ATUAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA SOCIEDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 11/12/2020

Karine de Moura Carlos
Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/2629335344818848

Anna Clarice de Lima Nogueira
Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/3796190827274393

Marina Layara Sindeaux Benevides
Nutricionista, Especialista e Mestranda em Saúde Coletiva - UECE
Fortaleza – Ceará
https://orcid.org/0000-0002-8032-0738

Rute Mattos Dourado Esteves Justa
Doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE)
http://lattes.cnpq.br/8910885124729563

Alane Nogueira Bezerra
Curso de Nutrição- Unifametro
Fortaleza- Ceará
http://orcid.org/0000-0003-0586-1881

Francisco Thiago Sales Rocha
Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/5658935118993820

Lizandra Almeida Viana Rios
Centro universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/8680481876918785

Ana Tamara Malaquias Silva
Centro universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/7650750165971650

Lívia Carolina Amâncio
Universidade Estadual do Ceará-UECE-CE
Centro Universitário Fametro-Unifametro-CE
Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/7837795242656072

Antônia Aurileide Teixeira dos Santos
Centro universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/8267774757894371

Cosma Duarte Caxiado
Centro universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza - CE
http://lattes.cnpq.br/0394047412849687

Valdiele Lima Barros
Centro universitário Fametro - Unifametro
Fortaleza – CE
https://orcid.org/0000-0002-0133-5035

RESUMO: Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange serviços de saúde assistenciais médicas, como Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), policlínicas e hospitais especializados, porém o SUS não limita-se somente a práticas clínicas médicas, mas também a ações que visam promover, resguardar e acompanhar tudo relacionado à saúde da população brasileira. Deste modo, ações promovidas principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, onde existe maior

contato com a comunidade, pode conscientizá-los e informá-los sobre a real atuação do SUS e seu impacto na sociedade. Objetivo: relatar a experiência de uma atividade educativa sobre os serviços de atuação do SUS em uma UAPS de Fortaleza/CE. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo, na modalidade de relato de experiência. A atividade iniciava-se com perguntas sobre o que os participantes conheciam sobre o SUS e se eles sabiam sobre sua atuação. Mostrava-se um painel com 12 ilustrações onde o SUS possivelmente poderia atuar, e logo depois pedíamos para que os participantes levantassem a mão para cada serviço que concordassem pertencer ao SUS. Após esse momento, eram realizadas as devidas elucidações sobre a temática e explicava-se que todos aqueles serviços integravam o SUS de alguma maneira. As respostas dos usuários para cada serviço perguntado foram anotadas pelos acadêmicos e foram posteriormente calculadas para a obtenção da frequência e porcentagem. Conclusão: A atividade educativa foi realizada com êxito, observando que serviços relacionados à água e alimentação foram os menos apontados como atuantes do SUS, devendo-se ao fato de que grande parte da população associa o SUS como assistência médica nas atenções à saúde. A dinâmica da atividade resultou em aprendizados, sendo na sensibilização da atuação do SUS para os usuários, como a necessidade de ações voltadas para este tema em UAPS, proporcionando o empoderamento dos usuários do SUS acerca do sistema.
PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária á Saúde; Comunidade.

PERCEPTIONS OF USERS OF A PRIMARY HEALTH CARE UNIT IN FORTALEZA / CE ON THE PERFORMANCE OF THE UNIQUE HEALTH SYSTEM IN SOCIETY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The Unified Health System (SUS) covers health services medical assistance, such as Primary Health Care Units (UAPS), polyclinics and specialized hospitals, but SUS is not limited to just medical clinical practices, but also to actions aimed at promoting, safeguarding and monitor everything related to the health of the Brazilian population. That way, actions promoted mainly within the scope of Primary Health Care, where there is more contact with the community, it can raise awareness and inform them about the real performance of SUS and its impact on society. Objective: report the experience of an educational activity on the services of the SUS at a UAPS in Fortaleza / CE. Methodology: This is a descriptive study, qualitative, in the form of experience reporting. The activity started with questions about what the participants knew about SUS and if they knew about its performance. A panel was shown with 12 illustrations where SUS could possibly act, and soon after we asked the participants to raise their hands for each service they agreed to belong to SUS. After that moment, the necessary clarifications on the theme were carried out and it was explained that all those services were part of SUS in some way. User responses for each service asked were noted by academics and were later calculated for obtaining frequency and percentage. Conclusion: The educational activity was carried out successfully, noting that services related to water and food were the least mentioned as active in the SUS, due to the fact that a large part of the population associates SUS as medical assistance in attention to health. The dynamics of the activity resulted in learning, being in the raising awareness of SUS performance for users, such as the need to actions focused on this topic in UAPS, providing the empowerment of SUS users about the system.

KEYWORDS: Health Unic System; Primary Health Care; Community.

1 I INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como resultado de grandes lutas e batalhas pela redemocratização e por políticas que visam a inclusão social de todos, sendo este concretizado na constituição (AGOSTINI, 2019). O SUS foi instituído em 19 de setembro de 1990, onde foi assinada a Lei nº 8080, que dispões condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS corresponde à um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, envolvendo desde a Atenção Primária à Saúde, como na prevenção de doenças e cuidados básicos à saúde, até aqueles procedimentos mais complexos, como cirurgias de grande porte, encontrados na atenção terciária à saúde (BRASIL, 2020)

Os princípios do SUS são Universalização, Equidade e Integralidade. A Universalização diz respeito a saúde como um direito de cidadania a todos, com acesso às ações e serviços garantidos a toda população, sendo o Estado responsável por assegurar este direito. A Equidade tem como objetivo reduzir as desigualdades, pois todos possuem direito aos serviços, porém algumas pessoas apresentam necessidades distintas. A Integralidade visa atender o indivíduo como um todo, respondendo a todas as suas necessidades, desse modo torna-se essencial a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange serviços de saúde assistenciais médicas, como Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), policlínicas e hospitais especializados, porém o SUS não se limita somente a práticas clínicas médicas, mas também a ações que visam promover, resguardar e acompanhar tudo relacionado à saúde da população brasileira, ademais o SUS também atua na execução de ações de vigilância sanitária, no controle e na fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, na fiscalização e na inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano (ASSIS, 2012).

A Atenção Primária a Saúde (APS) está diretamente ligada ao direito à saúde, sendo ela a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com a Rede de Atenção do SUS, deste modo, ações promovidas principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, onde existe maior contato com a comunidade, pode conscientizá-los e informá-los sobre a real atuação do SUS e seu impacto na sociedade.

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma atividade educativa sobre os serviços de atuação do SUS em uma UAPS de Fortaleza/CE.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo, na modalidade de relato de experiência. A atividade foi elaborada por acadêmicos da área de saúde, período vespertino. Com uma amostra de 25 participantes sendo 22 do sexo feminino e 3 masculinos, com faixa etária de 20 a 60 anos. A coleta de dados foi realizada em um posto de saúde localizado em Fortaleza – CE, durante uma ação educativa no dia 10 de novembro de 2020.

Os participantes era os pacientes da UAPS que aguardavam atendimento, estes foram convidados pessoalmente a participarem da ação. Onde era apresentado um quadro com 12 locais (quadro 1) de atuação do SUS e era perguntado para eles em quais daqueles locais o SUS atuava. Um dos pesquisadores falava o nome do local e as pessoas que achavam que o SUS atuava ali levantava a mão enquanto outro pesquisador registrava as respostas. Depois de perguntar de todos os locais, era dada uma explicação sobre o SUS e falado que ele atuava em todos aqueles locais. Onde as pessoas mais tinham dificuldade de saber da atuação do SUS era dada uma ênfase maior, falando como era a atuação naquele ponto.

Como critério de inclusão, estão aqueles que estavam presentes no posto e se disponibilizaram a participar da ação.

A ação teve duração de aproximadamente 2 horas e foi rotativa, os pesquisadores andavam por todo o posto, atingindo, assim, o maior número de usuários do sistema.

Quadro 1: Quadro utilizado durante a ação com as imagens dos locais de atuação do SUS.

Fonte: Elaborado pelos autores

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa teve como amostra 25 usuários do posto, de faixa estaria entre 20 e 60 anos, sendo 22 do sexo feminino e 3 masculinos. Como mostra na tabela abaixo os que tiveram menos votos significa que era o que eles não sabiam da atuação do SUS nesse serviço, os principais foram: merenda escolar com 36% dos votos, controle de potabilidade da água com 60% e controle de qualidade dos alimentos com 60% respectivamente. Já a vacinação, postos de saúde, hospitais públicos e distribuição de preservativos teve 100% assim sendo a totalidade de votos. Isto mostra que muitas pessoas ainda não conhecem todos os programas que o SUS atua e nem como ele atua. Com estes dados também pode ser observado que 88% das pessoas que frequentam os postos de saúde são do sexo feminino, assim procurando se cuidar mais que os homens.

LOCAL	VOTOS
Merenda escolar	SIM – 9 NÃO – 16
Vacinação	SIM – 35 NÃO – 0
Controle de potabilidade da água	SIM – 15 NÃO – 10
SAMU	SIM – 23 NÃO – 2
Vigilancia sanitária	SIM – 20 NÃO – 5
Postos de saúde	SIM – 25 NÃO - 0
Hospitais públicos	SIM – 25 NÃO - 0
Controle de qualidade dos alimentos	SIM – 15 NÃO- 10
Transplante de órgãos	SIM – 20 NÃO - 5
Transfusão de sangue	SIM – 21 NÃO - 4
Farmácia popular	SIM – 21 NÃO - 4
Distribuição de preservativos	SIM – 25 NÃO - 0

Tabela 1 mostra a quantidade de pessoas que apontaram que o SUS atuava

Comparados com outros estudos como o de Nascimento et.al (2019) feitos com estudantes de medicina do primeiro semestre, onde aplicaram um questionário sobre o SUS, pode –se encontrar que dos 116 participantes 58,6% responderam o questionário dizendo que o SUS não é uma forma de coordenação da atenção, dessa forma interferindo na questão dos princípios da atenção primaria a saúde.

Para Bossi e Mercado (2004) faltam à população questões que vão além da

necessidade de um diagnóstico do que é direito dos cidadãos em saúde; é preciso que se tenham reivindicações, ou seja, que os usuários acreditem na possibilidade de transformação da realidade vivida.

Neste presente estudo assim como o de Martins et.al (2011) observou-se que se tem que o SUS ainda é visto de forma focalizada por muitos dos usuários e distanciando-se do verdadeiro exercício da cidadania, idealizado com a criação desse novo modelo sanitário. Dessa maneira, vale ressaltar a necessidade de que se criem possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto comum, fundamentado nos ideais democráticos do SUS, criando, desta forma, espaços de empoderamento/libertação dos usuários.

Mas, afinal, de quem é o SUS?

O SUS é de todos e de cada um dos cidadãos que vivem nos diferentes municípios brasileiros, afirmativa inscrita na própria história do sistema, na medida em que este nasceu de uma demanda do povo brasileiro por um país mais justo, solidário e equitativo, sendo, portanto, a expressão maior de uma política democrática e social. (MARTINS et.al, 2011)

Segundo os achados de Grzybowski et al (2017) evidenciaram também uma aprendizagem ativa e o reconhecimento de um novo modelo de atuação, focado na intervenção grupal, educativa e contextualizada na esfera da promoção de saúde materno-infantil. O que pode ser utilizado para empoderar os usuários do SUS sobre sua importância para o funcionamento correto. Assim como neste estudo, esse modelo de comunicação em grupo foi bem aceito, percebeu-se que os participantes interagiam entre si troncando informações e conhecimento, de forma geral uns ensinando aos outros o que sabia sobre o SUS.

Segundo a análise de Silva (2020) das entrevistas mostra o desconhecimento da base do SUS pelos próprios funcionários, que são seus princípios e diretrizes descritos na Lei nº 8.080/90, pela equipe de atenção primária participante da pesquisa. Esse desconhecimento também pode se expandir para outros trabalhadores, do mesmo município ou município diferente. Dessa forma, fica prejudicado o bom funcionamento do sistema, sendo mais fácil culpar o próprio sistema pelas falhas encontradas, já que funciona apenas no papel, como disse alguns participantes, ou ser culpa da população.

4 | CONCLUSÃO

A atividade educativa foi realizada com êxito, observando que serviços relacionados à água e alimentação foram os menos apontados como atuantes do SUS, devendo-se ao fato de que grande parte da população associar o SUS como assistência médica nas atenções à saúde. A dinâmica da atividade resultou em aprendizados, sendo na sensibilização da atuação do SUS para os usuários, como a necessidade de ações voltadas para este tema em UAPS, proporcionando o empoderamento dos usuários do SUS acerca do sistema.

Concluiu-se que maioria das pessoas que frequentam o posto e participaram da ação, não tem um conhecimento muito grande sobre o SUS. Notou-se que para os participantes o SUS está presente apenas nos locais que eles mais utilizam, como o posto, a distribuição de preservativos, o SAMU e as UPAS.

Observou-se também que a grande maioria dos frequentadores do posto são do sexo masculino, mostrando o quanto os homens não estão buscando uma saúde preventiva, os que se encontravam no dia da ação já apresentavam alguma doença, como diabetes e hipertensão.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R. et al. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal. **Saúde Debate**, v. 43, n. 8, p. 175-88, 2019.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde:abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.

BOSSI, M. L. M.; MERCADO; F. M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Lei nº 8080**: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2020.

DE ANDRADE SILVA, L. F.; DA SILVA, D. A. O SUS que estamos construindo: conhecimento e atuação dos diferentes atores sociais. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e122932664-e122932664, 2020.

GRZYBOWSKI, L. S.; LEVANDOWSKI, D. C.; COSTA, E. L. N. O que aprendi com o PET? Repercussões da Inserção no SUS para a Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 505-514, 2017.

MARTINS, P. C.; *et al*. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, 2011.

NASCIMENTO F. R; VALANDRO C.G; FALK J. W; CASTRO R.C.L. Conhecimento sobre o sus entre estudantes de medicina do primeiro semestre. 39ª Semana Cientifica Do Hospital De Clinicas De Porto Alegre**. Clin Biomed Res,** 39 (Supl.) 2019;

CAPÍTULO 14

PERCEPÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E HOSPITALAR DA CRIANÇA GRANDE QUEIMADA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Jéssica Maia Storer
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/0317895953793300

Dêmely Biason Ferreira
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/4110398987657459

Bruna Decco Marques da Silva
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/7864199962368651

Edrian Maruyama Zani
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/0864575517085289

Amanda Corrêa Rocha Bortoli
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/8254198777234690

Isaque Augusto da Silva Rocha
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/1526372397337916

Letícia Mansano Martins
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/1750646169319833

Danielly Negrão Guassu Nogueira
Universidade Estadual de Londrina
Londrina-PR
http://lattes.cnpq.br/9007461963942749

RESUMO: As queimaduras são um grande problema de saúde pública no Brasil e em crianças representam grandes desafios, sobretudo para os grandes queimados por causa dos diversos distúrbios metabólicos e repercussões imunológicas. Além destas repercussões, as queimaduras interferem na vida social, emocional e psicológica dos pacientes, podendo deixar cicatrizes e até mesmo limitações físicas. De acordo com o Ministério da Saúde, 2012, a queimadura em criança é classificada como grave se acometer mais do que 10% da superfície corporal. Nesse panorama, a equipe multiprofissional é indispensável para garantir a integralidade do cuidado reduzindo a mortalidade e a reinserção ao contexto social precocemente, bem como tem papel na garantia do atendimento psicossocial às famílias. O cuidado terapêutico no serviço pré hospitalar é voltado às demandas imediatas de estabilização hemodinâmica, reposição volêmica e avaliação inicial da superfície queimada. Em unidades especializadas, o foco é o tratamento, a reabilitação e a abordagem cicatricial da lesão. Complicações também podem estar presentes e precisam ser cuidadosamente manejadas. Dessa maneira, estratégias de prevenção eficazes devem ser adotadas para prevenir este tipo de acidente grave.

PALAVRAS - CHAVE: Queimaduras; Unidades

de Queimados; Criança; Equipe de Assistência ao Paciente; Equipe de Enfermagem.

PERCEPTIONS OF PRE-HOSPITAL AND HOSPITAL ATTENDANCE FOR MAJOR BURNED CHILD

ABSTRACT: Burns are a major public health problem in Brazil and in children they represent major challenges, especially for patients with major burns because of the many metabolic disorders and immunological repercussions. In addition to these repercussions, burns interfere in the social, emotional and psychological lives of the patients, which can leave scars and even physical limitations. According to the Ministry of Health, 2012, child burn is defined as severe if it affects more than 10% of the burned body surface. In this scenario, the multiprofessional team are essential to ensure comprehensive care, reducing mortality and doing an early reintegration into the social context, as well as playing a role on ensuring psychosocial care for the families. Therapeutic care in the pre hospital service is geared to the immediate demands for hemodynamic stabilization, fluid replacement of electrolytes and initial assessment of the burnt surface. In specialized units, the focus is treatment, rehabilitation and wound healing. Complications can also be present and need to be managed. Therefore, prevention strategies must be adopted to prevent this type of serious accident.
KEYWORDS: Burns; Burn Units; Child; Patient Care Team; Nursing care.

EPIDEMIOLOGIA

Ocorrem, no Brasil, aproximadamente 665.000 mortes por ano decorrentes de queimaduras e um total de 2 milhões de pessoas se queimam, independentemente da idade, representando um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Queimaduras estão em terceiro lugar entre as principais causas de morte entre pacientes pediátricos e, anualmente, morrem cerca de 4,5 mil crianças, entre 1 e 14 anos, sendo que estas queimaduras acontecem principalmente no ambiente doméstico. Estima-se que uma a cada dez crianças saudáveis necessitem de atendimento no sistema de saúde por traumas físicos, sendo que a queimadura também está entre as principais causas e ocasiona 122 mil internações (BATISTA et al., 2012; PASSOS, 2016; JÚNIOR et al., 2018).

CONTEXTUALIZAÇÃO

A queimadura é definida como uma injúria tecidual do corpo humano, resultante de agente térmico, químico ou elétrico. A depender da Superfície Corporal Queimada (SCQ), profundidade da queimadura, sexo e faixa etária, nota-se a gravidade deste tipo de acidente e a associação com a elevação da mortalidade. (VALE, 2005; CHAGAS, 2015). Segundo Maaloul, et al., 2019 os acidentes domésticos, em destaque as queimaduras, representam um grave problema de saúde pública na área pediátrica. Em crianças, a queimadura pode ser classificada como grave ao acometer os menores de três anos, se representar uma SCQ maior que 10% ou acometer áreas nobres, como olhos, orelhas, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações, órgãos genitais, ossos, músculos, nervos ou

vasos desvitalizados (MS, 2012).

As queimaduras, sobretudo nesses grandes queimados, afetam em demasia o sistema imunológico, produzindo resposta hipermetabólica com possibilidade iminente de infecção por agentes bacterianos/fúngicos, havendo necessidade de diagnóstico e tratamento multidisciplinar precoces para evitar tais complicações (FERREIRA, 2010; COSTA, 2015).

Entre as causas mais comuns de queimadura na primeira infância estão as decorrentes de escaldadura e, a partir dos oito anos, as lesões mais frequentes são em decorrência do contato com combustíveis inflamáveis de uso doméstico (SBP, 2005; SANTANA, 2010; BATISTA, 2012; MENDONÇA, 2020).

A abordagem assertiva no pré-hospitalar e no pronto atendimento é imprescindível, com ênfase na interrupção imediata do agente da queimadura e seguimento dos protocolos de avaliação de trauma: viabilidade de via aérea, garantia de estabilidade hemodinâmica, avaliação do nível de consciência e controlar/avaliar a exposição do paciente, principalmente com controle de temperatura e mensuração da área da acometida) (VALE, 2005; MS, 2012).

A gravidade do paciente será determinada por esta avaliação inicial, que deverá levar em consideração a extensão e profundidade da queimadura, presença de politrauma e lesão inalatória. Ambos os cenários de atendimento têm por finalidade garantir melhor prognóstico e reduzir danos adicionais à queimadura sofrida pela criança até a sua chegada em unidades especializadas (VALE, 2005; MS, 2012). A dor deve ser considerada como um dos grandes problemas clínicos do paciente e seu manejo deve ser iniciado nas fases iniciais ao atendimento (SOUSA, 2011).

No grande queimado é imprescindível um atendimento primário para a reposição hidroeletrolítica e posterior tratamento cirúrgico. Sequelas cicatriciais são comuns nos sobreviventes e as retrações de pele são especialmente problemáticas em crianças, já que prejudicam o desenvolvimento do esqueleto e a função motora (CAMAROTTA, 2003; LEONARDI et al., 2012).

Em serviços especializados aos pacientes queimados, é dado seguimento ao atendimento inicial com foco prioritário no tratamento da queimadura, utilizando coberturas apropriadas e abordagens cirúrgicas, caso seja necessário, assim como na reabilitação e reinserção da criança no contexto social, necessitando, nesse momento, que haja uma equipe multiprofissional atuante (SOUSA, 2011).

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A equipe multiprofissional é indispensável para garantir a integralidade do cuidado e recuperação da criança grande queimada, sendo que cada profissional exerce um papel definido e complementar ao outro (CÂNDIDO, 2018; SOUSA, 2011).

Segundo Sousa, 2011, independente do local de atendimento e hospitalização, seja

emergências ou unidades especializadas de tratamento, a função do médico é realizar a avaliação inicial da área queimada, estimar a SCQ, fazer a diagnóstico da lesão por meio de exames de imagens, laboratoriais, prescrever o tratamento medicamentoso e consequentemente estabilizar hemodinamicamente o quadro clínico, garantindo também o controle da dor, volemia e da infecção, além de monitorar todos os marcadores clínicos.

Os fisioterapeutas são fundamentais para a reabilitação da função motora da criança, favorecendo a recuperação neuromuscular e esquelética, auxiliando também na recuperação da função pulmonar, principalmente daqueles que foram submetidos à ventilação mecânica durante a hospitalização (CÂNDIDO, 2018; SANTOS, 2016).

Os nutricionistas contribuem para a reabilitação precoce garantindo aporte nutricional adequado para compensar as perdas calóricas provenientes do hipermetabolismo causado pelo trauma da queimadura (MEDEIROS, 2018).

Para lidar com aspectos sociais da família e emocionais causados pelo trauma da queimadura, os assistentes sociais e os psicólogos são protagonistas. Questões em relação à autoimagem são determinantes para devolver a autoestima do paciente pós reabilitação e tratamento (ECHEVARRÍA-GUANILO, 2016; NOGUEIRA, 2018).

O enfermeiro, por conseguinte, é responsável por fazer a gestão do serviço e da assistência para assegurar o cuidado especializado à criança, no atendimento pré-hospitalar e hospitalar, além de garantir os recursos humanos, materiais, físicos e financeiros necessários durante o período de hospitalização. Além disso, garante a execução dos processos de trabalhos com foco na segurança e qualidade da assistência prestada, monitorando indicadores de qualidade e propiciando o elo entre todos os membros da equipe multidisciplinar (MONTEZELI, 2019; SOUSA, 2011).

Na unidade especializada, os técnicos de enfermagem também participam das balneoterapias (banho com analgesia e anestesia) auxiliando como circulantes de sala durante procedimentos cirúrgicos (desbridamentos e enxertias), bem como dos cuidados diários (CUNHA, 2017).

A equipe de enfermagem ocupa um papel estratégico neste contexto de avaliação, tratamento e recuperação da criança queimada, por ter uma atuação direta e contínua junto à criança e seus cuidadores, sendo necessário conhecimento, habilidades e atitudes para alcançar competências com olhar nas dimensões técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas (KURCGANT, 2016).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem, quando comparada às demais, é mais vulnerável à sobrecarga emocional por conta do sentimento causado por esse agravo, sendo que, constantemente, estão frente à dor e a exteriorização das emoções das crianças queimadas e do sofrimento da família (SOUSA, 2011).

Contudo, as múltiplas facetas do cuidado são complementares e à essa equipe deve-se oferecer o apoio para que a rotina cause menos estresse e angústia, garantindo embasamento científico para o enfrentamento das dificuldades das atividades laborais

(PASSOS, 2016; SOUSA, 2011).

PERCEPÇÕES

O cuidado no serviço pré-hospitalar é voltado às demandas imediatas de estabilização hemodinâmica. Em unidades especializadas, o foco é o tratamento e a reabilitação da queimadura.

Nota-se que o profissional dos setores de pronto atendimento encontram dificuldades para prestarem o cuidado, mesmo com protocolos de atendimento ao trauma bem estabelecidos, visto que o manejo da queimadura na criança gera maior insegurança pelas peculiaridades desse público.

A mudança da rotina, o trauma sofrido, além da submissão a procedimentos terapêuticos invasivos, fragiliza as facetas psicoemocionais da criança durante todo o processo da hospitalização, tornando-o uma experiência desagradável. O paciente pediátrico exterioriza seu sofrimento, na maioria das vezes, por meio de comportamentos agressivos, fácies de medo e dor. O sofrimento psíquico da equipe durante a internação da criança deve ser considerado por esses profissionais. Um estudo realizado por Passos, 2016 ressalta o sofrimento vivenciado pela equipe durante o tratamento da criança, principalmente em relação ao manejo da dor. Outros sentimentos destacados foram os de compaixão e acolhimento em relação à situação em que a criança se encontra.

Para a família, esse período é um processo moroso, exigindo diversas adaptações (AZEVEDO, 2019). Esse elo entre família e equipe de saúde é parte essencial no processo de adaptação e reabilitação da criança queimada, principalmente na reintegração e continuidade do cuidado no ambiente extra-hospitalar (SOARES E TACLA, 2014; PASSOS, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As queimaduras em crianças se mostram desafiadoras para as equipes de saúde e familiares envolvidos nesse processo terapêutico. Nesse sentido, é necessário que os atendimentos, nos âmbitos pré-hospitalar e hospitalar, sejam embasados em protocolos a fim de reduzir a mortalidade e sequelas desses pacientes e mitigar os estigmas durante a reinserção da criança e seu familiar no contexto social.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Bruno de F. Cruz et al. **Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 4, p. 246-250, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

CÂNDIDO, Tayla Rebeka Bonifácio; PINHEIRO, Renata; SIGAUD, Simone Aparecida Maciel Carvalho. **Atuação da fisioterapia respiratória na recuperação de pacientes queimados: revisão bibliográfica.** 2018.

CAMMAROTA JR, Roberto. **Reconstrução do Pescoço Queimado na Fase Aguda. Rev Bras Cir Plást**, v. 18, n. 3, p. 33-8, 2003.

CHAGAS, Diego Cipriano; LEAL, Clarissa Nunes Santos; DE SOUSA TEIXEIRA, Francineis. A**ssistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras.** Revista Interdisciplinar, v. 7, n. 4, p. 50-60, 2015.

COSTA, Isaura Katiana Moura Silva et al. **Análise de pacientes de 0 a 12 anos atendidos no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia em 2011 e 2012.** Revista Brasileira de Queimaduras, v. 14, n. 1, p. 14-17, 2015.

CUNHA, Isabela Lacerda Rodrigues; FERREIRA, Lúcia Aparecida; DA SILVA CUNHA, José Henrique. **Cuidados realizados pela equipe de enfermagem aos pacientes que sofreram queimaduras. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, n. 3, p. 381-389, 2017.

DOS SANTOS AZEVÊDO, Adriano Valério; CREPALDI, Maria Aparecida. **Estados emocionais e relacionamento familiar de cuidadores de crianças com queimaduras.** Interação em Psicologia, v. 23, n. 3, 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO, Maria Elena et al. **Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde no primeiro ano após a queimadura. Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 155-166, 2016

FERREIRA, Liliane do Amaral Lacerda et al. **Estudo epidemiológico da Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 3, p. 82-88, 2010.

GUIMARÃES, Ronan Wilk et al. **Tratamento pediátrico de grande queimado agudo: Manejo clínico, cirúrgico e uso de matriz de regeneração dérmica. Rev Bras Queimaduras**, v. 18, n. 1, p. 62-6, 2019.

JUNIOR, Sérgio Luis Alves de Morais et al. **Diagnósticos de Enfermagem à Criança com Queimadura no Pronto-Socorro Infantil: uma revisão integrativa. Rev. Enfermagem Atual**, 2018. 84

KURCGANT, Paulina. Gerenciamento em enfermagem. In: **Gerenciamento em enfermagem**. 2014. p. 196-196.

LEONARDI, Cristiane Mignot Meyer et al. **Sequelas de queimaduras: retração cervical. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 1, p. 38-42, 2012.

MAALOUL, Inês et al. **Epidémiologie des accidents domestiques de l'enfant: expérience d'un Service de Pédiatrie Générale du sud tunisien. The Pan African Medical Journal**, v. 33, 2019.

MEDEIROS, V. P. B. et al. **Terapia Nutricional Voltada para Pacientes Queimados. International Journal of Nutrology**, v. 11, n. S 01, p. Trab 757, 2018.

MENDONÇA, Marislaine Lumena de. **Queimaduras.** Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/queimaduras/> Acesso em: 8 de Dezembro de 2020.

MONTEZELI, Juliana Helena et al. **Polaridades vivenciadas por enfermeiros no uso das habilidades sociais em um centro de tratamento de queimados. Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 670-677, 2019.

NOGUEIRA, Andreza Dantas et al. **"Quem sabe a dor da queimadura é quem está queimado": experiências de pacientes queimados à luz da gestalt-terapia"** Who knows the pain of the burn is the one who is burned": experiences of burned patients in the light of gestalt-therapy. **IGT na Rede**, v. 15, n. 29, 2018.

PASSOS, Gabriela Rodrigues de Paula Campos et al. **Sentimentos da equipe de enfermagem decorrentes do trabalho com crianças em uma unidade de queimados. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 1, p. 35-41, 2016.

SANTANA, Victor Bruno Rodrigues Lopes de et al. **Perfil epidemiológico de crianças vítimas de queimaduras no Município de Niterói-RJ. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 9, n. 4, p. 130-135, 2010.

SANTOS, Aida Carla Santana de Melo et al. **Intervenção fisioterapêutica no paciente queimado: uma abordagem pneumofuncional em estudo piloto. Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 15, n. 2, p. 69-73, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**Crianças e Adolescentes Seguros**. **Guia Completo para Prevenção de Acidentes e Violências.** Coordenadores: Renata D. Waksman, Regina M. C. Gikas e Wilson Maciel. Editora: PubliFolha, 2005.

SOARES, Nataly Tsumura Inocencio; TACLA, M. T. G. M. **Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada. Invest Educ Enferm [Internet]**, v. 32, n. 1, 2014.

SOUSA, Alessandra Lucia de. **Compreendendo a experiência da equipe multiprofissional em uma unidade de queimados**. 2011. 46 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/96455>.

VALE, Everton Carlos Siviero do. **Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 1, p. 9-19, 2005.

CAPÍTULO 15

POSSIBILIDADES DE ATENDIMENTO AO ESTRANGEIRO PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA REGIÃO FRONTEIRIÇA DE CORUMBÁ/MS – BRASIL

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 29/10/2020

Talini Rodrigues
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
Programa de Pós-graduação em Estudos Fronteiriços
Corumbá – Mato Grosso do Sul
https://orcid.org/0000-0002-5298-7228

Rafael Oliveira Fonseca
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Unidade Universitária
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
https://orcid.org/0000-0002-3267-1832

RESUMO: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) responsável pela prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ação domiciliar e/ou comunitária, individual e/ou coletiva. Numa região fronteiriça como em Corumbá/MS, o ACS enfrenta situações envolvendo desafios de saúde pública relacionados aos estrangeiros. Nesse cenário, visamos compreender o cenário de ação do ACS no SUS e sua complexidade da atuação. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica através de livros, artigos científicos e documentos oficias estatais. Verificamos que o serviço de saúde em Corumbá constantemente se depara com a demanda de estrangeiros e a Lei do Imigrante garante o acesso à saúde destes. Existem situações diárias vivenciadas pela demanda boliviana como dificuldade de emissão do Cartão Nacional de Saúde, falsificação ideológica e de comprovante de residência brasileiro, desrespeito por parte de profissionais de saúde, dificuldades na comunicação, discriminação étnica, discursos de preconceito da sociedade brasileira e associação da área de fronteira como foco de contaminação. Além disso, há falta de capacitação dos ACS para lidar com a demanda boliviana na prática. Concluímos que é necessário capacitação técnica e teórica para os ACS e que, apesar do cenário complexo, o ACS busca sempre acolher, orientar e ajudar os estrangeiros no acesso aos SUS de forma que eles tenham a garantia à vida e à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Áreas de Fronteira. Sistema Único de Saúde.

POSSIBILITIES OF CARE FOR FOREIGN AFFAIRS BY COMMUNITY HEALTH WORKERS IN THE BORDER REGION OF CORUMBÁ/MS - BRASIL

ABSTRACT: The Community Health Worker (CHW) is a professional of the Brazilian Unified Health System (UHS) responsible for the prevention of diseases and health promotion through a home or community and individual or collective action. In a border region such as Corumbá / MS in Brazil, the CHW faces situations involving dares of public health related to foreigners. In this context, we aim to understand the scenario of action of the CHW in the UHS and your complexity of the action. Therefore, a literature review was conducted through books, scientific papers and official documents. It was verified that the health service in Corumbá is

faced with a constantly demand of foreigners and the Immigrant Law ensures access to the public health service for them. There are daily situations experienced by the Bolivian demand such as difficulty in issuing the National Health Card, falsification of ideology and proof of Brazilian residency, disrespect by health's professionals, difficulties in communication, ethnic discrimination,prejudice discourses of Brazilian society and association of the border area a focus of contamination. In addition, there is a lack of training for CHW to deal with Bolivian demand in practice. We conclude that technical and theoretical training is needed for CHW and that, despite the complex scenario, the CHW always seeks to welcome, to guide and help foreigners in accessing UHS in a way that guarantees life and health.
KEYWORDS: Community Health Workers. Border Areas. Unified Health System.

1 I INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma profissão instituída em 2002 através de Lei Federal, sendo o âmbito de atuação exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) , regido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e seguindo as normas e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2002).

O ACS atua na prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de atividades domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas conforme as diretrizes da PNAB e do SUS, sob supervisão do gestor local.

Além disso, para exercer a função de ACS, o indivíduo precisa preencher três requisitos (BRASIL, 2018):

> I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;
>
> II - ter concluído, com aproveitamento, curso de formação inicial, com carga horária mínima de quarenta horas;
>
> III - ter concluído o ensino médio.
>
> § 1º Quando não houver candidato inscrito que preencha o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo, poderá ser admitida a contratação de candidato com ensino fundamental, que deverá comprovar a conclusão do ensino médio no prazo máximo de três anos.
>
> [...] § 5º Caso o Agente Comunitário de Saúde adquira casa própria fora da área geográfica de sua atuação, será excepcionado o disposto no inciso I do caput deste artigo e mantida sua vinculação à mesma equipe de saúde da família em que esteja atuando, podendo ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida. (NR)

Ademais, são consideradas atividades do ACS: utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico, sociocultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território; executar

atividades de educação em saúde individual e coletiva; registrar para controle das ações de saúde os nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; identificar possíveis parceiros locais para o desenvolvimento de atividades intersetoriais; desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde como informar os usuários sobre as datas e horários de consultas/ exames agendados, dentre outros (BRASIL, 2017a).

A atuação do ACS dentro do SUS é definida da seguinte maneira: este profissionalmfaz parte da rede de Atenção Básica, podendo trabalhar em uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou em uma equipe de Saúde da Família (eSF). Neste estudo, o enfoque será nos Agentes Comunitários que trabalham em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que, portanto, integram uma eSF (BRASIL, 2017a).

A equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, especialista em saúde da família prioritariamente; auxiliar e/ou técnico de enfermagem, além do Agente Comunitário de Saúde. Pode fazer parte da equipe ainda o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, de preferência especialista em saúde da família e auxiliar/técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

A PNAB de 2017 não impõe um número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe de Saúde da Família, diferente da PNAB de 2011 que priorizava por, no mínimo, 4 ACS. Ademais, esta última PNAB prevê repasse financeiro federal para equipes de Atenção Básica que não tenham o Agente Comunitário em sua composição (BRASIL, 2011, 2017a).

Esta situação caracteriza um retrocesso para a implantação do modelo de saúde vigente, afinal, este profissional tem um importante papel na territorialização, formação de vínculo com a comunidade, identificação de fatores de risco para a população e outras diversas funções que proporcionam um melhor desempenho das equipes de saúde na comunidade (MOROSINI; FONSECA, 2018).

A respeito da estrutura onde funciona a assistência ofertada pela ESF, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, sendo instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam, vivem e, com isso, desempenhando um papel central na garantia de acesso da população aos serviços do SUS (BRASIL, 2019a).

Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2019a).

Esse conjunto de atendimento em saúde básica foi concebido para todo o país,

incluindo a sua área fronteiriça, no âmbito das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, o Brasil é um país que faz fronteira com dez países da América do Sul com uma faixa de fronteira correspondente a aproximadamente 27% do território nacional (11 estados e 588 municípios), reunindo cerca de 10 milhões de habitantes (GADELHA; COSTA, 2007).

Faz-se necessário pensar na fronteira como um lugar único que possui identidade particular, definida pelo fato da convivência entre duas ou mais nações que compartilham sua história, cultura e nacionalismo. Portanto, a fronteira deve ser interpretada através da compreensão que seus habitantes possuem dela e de como se relacionam com seus vizinhos, reconhecendo ainda que o outro lado tem diferentes leis. Assim, considera-se que a vida em comum com o “outro” seja uma referência identitária na construção do lugar e do “ser fronteiriço” (NOGUEIRA, 2007).

Desta maneira, em regiões fronteiriças como na área que abrange Corumbá, no estado de Mato Grosso do Sul e os municípios bolivianos de *Puerto Quijarro e Puerto Suárez* na Bolívia, a globalização atribuiu novos conceitos para a fronteira, afinal permite maior fluxo transfronteiriço com interações econômicas, sociais e políticas, por exemplo. Assim, as tradicionais fronteiras adquirem uma multiplicidade de significados que ultrapassam a definição convencionada pelo plano político (SANTOS,2002).

Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde se posiciona como um relevante instrumento no âmbito do SUS com a função e o desafio de adequar seu trabalho dentro da comunidade, inclusive no caso de uma comunidade transfronteiriça como Corumbá/MS, enfrentando situações cotidianas que envolvem não apenas elementos de saúde pública, mas também questões políticas, econômicas, culturais e de saúde em relação ao estrangeiro.

Assim, o objetivo deste trabalho é compreender as possibilidades de atuação do Agente Comunitário de Saúde no atendimento ao estrangeiro dentro da região fronteiriça de Corumbá/MS (Brasil).

Para tanto, como metodologia de pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica por meio de livros e artigos científicos, bem como documentos oficias estatais.

Logo, o conteúdo a seguir apresenta-se de forma a discutir a complexidade existente em uma região fronteiriça, para então, focar nos desafios de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na região de Corumbá/MS. Por fim, desenvolve-se algumas considerações finais sobre a temática.

2 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Primeiramente, antes de iniciar a explanação sobre os desafios e possibilidades de atendimento do ACS atrelados a uma região fronteiriça, faz-se necessário compreender brevemente a trajetória do Agente Comunitário de Saúde no SUS.

Em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde e em um momento de crise

do modelo de saúde vigente, o SUS surgiu. Os debates deste evento contribuíram para a construção da Constituição Federal de 1988 e um novo conceito de saúde pública em nosso país (LIMA et al., 2005).

Este conceito, definido por meio dos artigos nº 196 e nº 198 da Constituição Federal de 1988, passa a considerar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, destacando as ações e os serviços públicos de saúde como uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui um sistema único. Este organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Elementos que, desde então, norteiam as bases gerais de todas as políticas públicas voltadas para a saúde no Brasil (BRASIL, 1991).

Posteriormente, em 1990, foi estabelecido por meio de Lei Federal (BRASIL, 1990a) os objetivos, princípios, diretrizes, gestão, funcionamento, financiamento e planejamento do SUS. No mesmo ano, outra Lei Federal (BRASIL, 1990b) regulamentou elementos sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, além de outras decisões. Portanto, juntas, essas Leis Federais, também conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, definiriam os ordenamentos institucionais e assim, moldaram o processo de implantação deste Sistema.

Assim, o SUS foi regulamentado em 1990 e, desde então, existe como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o atendimento básico para avaliação de pressão arterial através da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL,2019b).

Referente a Atenção Básica, esta é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção da rede de saúde, voltada para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1998), sendo considerada a principal porta de entrada para os serviços do SUS e tendo por finalidade o acolhimento, escuta e resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população (FIGUEIREDO, 2012).

Neste setor, houve marcos, durante o passar dos anos, que foram alterando e regulamentando o SUS além da atividade do ACS, componente essencial dessa rede (BRASIL, 1998). Primeiramente, deve-se destacar o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde. Por meio deste, deu-se início no Brasil a atuação profissional do Agente Comunitário de Saúde (VIANA; POZ, 2005).

O PACS revela o trabalho em saúde com enfoque na família, não mais no indivíduo isolado, de modo preventivo e assistencialista, a fim de entender melhor o processo de saúde x doença na comunidade (VIANA; POZ, 2005).

Adiante, em 1994, houve a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) que trouxe consigo a proposta de reorganização e municipalização do SUS (BRASIL, 1998).

E logo mais, em 2006, foi aprovada a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica voltada ao Programa Saúde da Família (PSF) e para o PACS (BRASIL, 2006).

Com isso, o PSF deixa de ser vigente e passa a vigorar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em seu lugar (BRASIL, 2006). Para mais, esta política passou a guiar as ações de atenção básica em saúde com novas publicações adaptadas em 2011 e 2017 (BRASIL, 2011, 2017a).

Nesse contexto, entende-se que Sistema Único de Saúde deve ser construído através da constante participação da comunidade junto ao poder público, adequando funções, metas, dentre outros elementos necessários ao seu melhor desempenho junto à saúde da população brasileira. Cenário que se torna mais complexo em uma região transfronteiriça.

Em relação ao conceito de fronteira, este remete ao latim *front*, *in front*, ou seja, às margens. Foucher (1992) afirma que a origem do nome fronteira deriva de *front, la ligne de front*, ou seja, da guerra. Esta última derivação resulta de uma construção histórica que associa a fronteira a divisão de soberanias, disputa de poder, defesa do território nacional e limite das leis do Estado (NOGUEIRA,2007).

No Brasil, a criação de uma faixa de fronteira foi motivada por ser esta uma área estratégica para a segurança nacional (BRASIL, 1979), consonante à ideia de fronteira como sendo uma peça fundamental para a defesa (com características de imposição de barreiras às ameaças externas e estabelecimento de limites nas relações com os países vizinhos) (GADELHA; COSTA, 2007).

Entretanto, atualmente, a finalidade do Estado não é mais a conquista de território, nem a colonização, sendo preconizado a construção de Estados de direito democrático, social e ambiental no âmbito interno e Estados abertos, amigáveis e cooperadores no plano externo (CANOTILHO, 2003)

Para mais, com a globalização, a mobilidade do homem se tornou mais comum. E considerando o fato de ser uma fronteira, esse fluxo é ainda mais intenso (BRANCO; TORROTENGUY, 2013). Fato que ocorre principalmente em cidades-gêmeas que são definidas (BRASIL, 2014) como:

> [...] municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Neste contexto, a cidade de Corumbá – Brasil e *Puerto Quijarro* – Bolívia são consideradas cidades-gêmeas e a dinâmica de relação entre elas faz com que elas tenham

um grande potencial de integração econômica e cultural. Vale ressaltar que as cidades de *Puerto Suárez* – Bolívia e Ladário/MS, por conta da proximidade geográfica, também participam dessas relações (Figura 1) (BRASIL, 2014).

Figura 1 - Imagem via satélite da região de fronteira entre os municípios de Corumbá-MS, Ladário-MS, *Puerto Quijarro* - Bolívia e *Puerto Suárez*- Bolívia

Fonte: Google maps. Adaptado pelos autores.

Um dos maiores incentivadores do fluxo transfronteiriço em cidades-gêmeas são os serviços de consumo coletivo como saúde, educação, saneamento, dentre outros. Essa movimentação ocorre justamente por conta da diferença de oferta de serviços com dominância dirigidas ao Brasil, sendo que a maior parte deles se relaciona aos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde, considerado porta de entrada do SUS, necessita dar assistência aos estrangeiros. Afinal, este profissional possui uma dimensão técnica, política e de assistência social no trabalho, definidas respectivamente pelo monitoramento no saber epidemiológico e clínico da população; orientação, discussão de problemas e fortalecimento da cidadania; e as tentativas de resolver questões ligadas à saúde (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Sobre sua função, o ACS se torna um elo entre a comunidade e a equipe de Saúde da Família, afinal, ele é um trabalhador que faz parte da realidade da região adscrita pela ESF e que orienta a população sobre questões de saúde, além de realizar outras atividades dentro da Estratégia (FERRAZ; AERTS, 2005).

Ademais, esse profissional acaba sendo a voz da comunidade dentro dos serviços de saúde. Afinal, ele escuta a população e transporta os questionamentos para a equipe de saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Este processo de trabalho de vocalização passa pelo agir comunicativo, pela criação de novas formas de assistir à população como os

espaços de fala e escuta, que promovem a criação do seu vínculo afetivo com a comunidade (FERREIRA et al., 2009).

Segundo as ACS do município de Pacaraima, durante a visita domiciliar, que é uma atividade diária, existe a oportunidade de orientar a população com relação aos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, além de se conhecer um pouco mais daquele núcleo familiar, seus modos, rotinas e quais são as situações vulneráveis que necessitam de mais atenção (DIAS, 2019).

Ainda, a afetividade em relação aos imigrantes venezuelanos é uma realidade vivenciada entre as Agentes Comunitários de Saúde de Pacaraima. Atualmente, os imigrantes fogem da crise de seu país chegando ao Brasil em extrema fragilidade. Esta situação gera nestas profissionais a vontade de ajudar, seja através da doação de alimentos ou roupas, porém, ao mesmo tempo, gera um sentimento de impotência e sofrimento nas ACS por terem consciência de que a ajuda será momentânea e não solucionará o real problema (DIAS, 2019).

Segundo Dias (2019, p.50):

> A limitação em resolver as situações dos moradores acaba por trazer à tona sentimento de frustração, tanto para o morador que depositou sua esperança no ACS como para o próprio profissional, que se sente incapaz e desmotivado por não conseguir dar a solução tão aguardada por aquele morador de sua área, principalmente diante da grande demanda que se estabeleceu com a vinda maciça dos imigrantes venezuelanos. As ACS relataram que com a chegada dos novos moradores a situação se agravou ainda mais, já que os serviços de saúde estão sobrecarregados e não conseguem absorver nem metade das novas necessidades advindas dos imigrantes. Referiram o colapso dos serviços de saúde tanto de Pacarima como do estado roraimense todo.

É nítida, portanto, a posição privilegiada do ACS na dinâmica do processo de saúde como um forte impulsionador do trabalho no setor (NUNES et al., 2002). Dessa maneira, consideramos a necessidade de buscar dados sobre as possibilidades de atendimento dos ACS de ESF aos estrangeiros em Corumbá-MS.

Adentrando especificamente na região de fronteira de Corumbá-MS, existe o atendimento aos estrangeiros no SUS como bolivianos, haitianos, venezuelanos, dentre outros. Por conta da proximidade geográfica e a intensa integração local, os bolivianos se fazem maioria na região.

Especificamente relacionado ao contingente boliviano, existem algumas situações relatadas em trabalhos nacionais como o uso de documento de brasileiros para cadastro no SUS e negação da nacionalidade (SILVA, 2010); desrespeito por parte de profissionais de saúde (WALDMAN, 2011); discursos de preconceito da sociedade brasileira associando o boliviano à doença, sujeira, atraso, pobreza e perigo (COSTA, 2015) e discriminação étnica ao boliviano de origem indígena (COSTA, 2015; MARTES; FALEIROS, 2013).

Ademais, outra circunstância relatada foi a dificuldade na compreensão de orientações médicas (MARTES; FALEIROS, 2013). Esse entrave em relação à língua portuguesa pode ser uma barreira no momento de entender sobre a doença, o tratamento, além de interferir na maneira como o estrangeiro expressa suas emoções com os profissionais de saúde. Todo esse cenário pode gerar um ambiente de insegurança para este indivíduo (CHUBACI; MERIGUI, 2002)

Embora o Agente Comunitário de Saúde se esforce, ainda existe uma barreira no entendimento de determinadas situações, nas orientações a serem prestadas ou nos momentos de sanar dúvidas sobre os cuidados com a saúde (DIAS, 2019).

Portanto, numa comunidade de fronteira como Corumbá-MS, o serviço de saúde tem de atuar com a comunidade local, mas constantemente se depara com a demanda de outro país, os bolivianos, além de haitianos, venezuelanos, dentre outros, que em diversos contextos usufruem dos serviços de saúde na rede de Atenção Básica. O ACS, neste contexto, tem de intermediar essas situações e trabalhar junto a equipe de Saúde da Família para oferecer o melhor atendimento a este indivíduo que procura o SUS.

Na fronteira de Corumbá/MS, o serviço de saúde pública possuía 179 Agentes Comunitários de Saúde distribuídos em 26 Estratégias de Saúde da Família (ESF) no ano de 2019, conforme exposto na Tabela 1.

Estratégia de Saúde da Família	Quantidade de ACS integrantes da equipe
ESF Angélica Anache	7
ESF Beira Rio	10
ESF Breno de Medeiros 1	6
ESF Breno de Medeiros 2	7
ESF Dr. Walter Victório	7
ESF Ênio Cunha 1	7
ESF Ênio Cunha 2	7
ESF Fernando Moutinho	6
ESF Gastão de Oliveira 1	7
ESF Gastão de Oliveira 2	5
ESF Humberto Pereira	7
ESF Jardim dos Estados	6
ESF João Fernandes	7
ESF Lúcia Maria 1	7
ESF Lúcia Maria 2	7

ESF Luis Fragelli	7
ESF Mato Grande 1	7
ESF Mato Grande 2/Albuquerque	4
ESF Nova Corumbá	6
ESF Padre Ernesto Sassida	7
ESF Pedro Paulo 1	5
ESF Pedro Paulo 2	7
ESF Popular Velha	7
ESF Ranulfo de Jesus	7
ESF São Bartolomeu	7
ESF Taquaral	12
Total	**179**

Tabela 1- Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família (2019)

Fonte: Elaborado pelos autores, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Gerência Geral de Operações da saúde do município de Corumbá/MS no ano de 2019.

Historicamente, a Lei Federal nº 6.815 (BRASIL, 1980) não previa o acesso do estrangeiro aos serviços de saúde. Portanto, não existia um marco regulatório único para tratar do direito do estrangeiro ao SUS, com exceção de alguns acordos locais definidos por alguns países dependendo da relação existente entre eles. Este fato fazia com que alguns municípios atendessem essa demanda e outros simplesmente se recusassem a ofertar atendimento. Quem decidia a conduta a ser adotada era o gestor local, tendo poder discricionário, que se entende por: diante do caso, ele tem a possibilidade de decidir, segundo critérios de oportunidade e conveniência, as opções, todas válidas para o direito (BRANCO; TORROTENGUY, 2013).

Assim, o gestor local tinha a opção de decisão, afinal não havia jurisprudência do direito do estrangeiro ao SUS, nem recursos em nível estadual ou federal para que o município atendesse essa demanda (BRANCO; TORROTENGUY, 2013).

Explicitando a situação, os secretários de saúde relatavam que quando existia o atendimento dessa livre demanda estrangeira, esses dados não eram computados na base de cálculo dos recursos provenientes do SUS. Esta realidade, muitas vezes, gerava má vontade e preocupação em atender essa demanda, afinal, o recurso financeiro do serviço público está associado ao ‘’per capita’’, ou seja, ao número de habitantes residentes no município, excluindo estrangeiros e brasileiros que moram no outro país (BRANCO; TORROTENGUY, 2013).

Entretanto, atualmente, o artigo nº 4 da Lei da Imigração (BRASIL, 2017b), assegura

ao migrante acesso aos serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Dessa forma, o estrangeiro que buscar atendimento na rede pública de saúde será atendido, em caráter de primeira consulta, a fim de receber a assistência em saúde.

Entretanto, caso o paciente estrangeiro necessite de um atendimento contínuo ou mais complexo no SUS, este processo torna-se inviável sem a emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou popularmente conhecido como cartão do SUS.

Conforme informações coletadas junto ao Setor responsável pela emissão do CNS da Prefeitura Municipal de Ladário/MS e pelo Núcleo de Informação de Saúde da Prefeitura Municipal de Corumbá/MS, são exigidos pelo sistema de cadastro alguns documentos obrigatórios para emissão do cartão do SUS, tais como os fornecidos através da regularização do estrangeiro perante à Polícia Federal e à Receita Federal, além de algum documento que comprove sua residência no Brasil.

Assim, o estrangeiro que cumpre com as documentações exigidas emite seu CNS e passa a ter acesso a todos os serviços de saúde ofertados pelo SUS em nível básico ou complexo. No entanto, salientamos que é uma situação recorrente o estrangeiro não conseguir obter os documentos necessários para emissão do Cartão SUS. No estudo de Rodrigues (2020), 10 ACS citaram a falta de documentos obrigatórios dos bolivianos e a consequente dificuldade gerada para se conseguir obter o Cartão Nacional de Saúde.

De acordo com Medaglia (2006), a Bolívia é a nação mais pobre da América Latina. Silva (2010) relata que essas diferenças sociais entre Brasil e Bolívia podem induzir pessoas do lado menos privilegiado economicamente a articularem estratégias de sobrevivência a exemplo dos bolivianos que se utilizam, por vezes, de formas ilegais para ter acesso ao SUS como a falsificação ideológica e Rodrigues (2020) mencionou a falsificação de comprovante residencial.

Além dessas disparidades, existem as de origem nacional, étnica e cultural que podem ser usadas como justificativas para incitar discursos de preconceito ao boliviano. O estudo de Costa (2015) traz como exemplo a identificação rotineira dos bolivianos como ‘’ collas’’, ‘’chocos’’, ‘’bugres’’ e ‘’índios’’. Fato que demonstra a discriminação associada à diferença de etnia.

Ademais, Costa (2015) ainda relata que, em Corumbá/MS, é frequente a ideia do binômio sujeira/doença associada ao boliviano. Dentro dessa realidade, difunde-se a versão de que enfermidades como leishmaniose, raiva e dengue não seriam devidamente tratadas no lado vizinho e que, portanto, a área fronteiriça seria um foco de contaminação.

Com isso, observamos que essas diferenças motivam conflitos em nível pessoal e coletivo, por vezes vedada aos olhos, e que afetam o setor da saúde, da assistência social, da educação, da segurança pública, dentre outros (SILVA, 2010).

Perante o exposto, a atuação do Agente Comunitário de Saúde se torna complexa, bem como mais necessária, sendo importante na assistência dada aos estrangeiros, sejam

eles bolivianos ou de outras nacionalidades, a partir do acolhimento até a orientação sobre documentação, regularização no país, emissão do cartão do SUS e situações relacionadas à saúde, por exemplo.

Em acordo com o exposto, observamos que essas funções demandam conhecimento sobre diferentes áreas e que para executá-las o Agente Comunitário de Saúde precisa estar devidamente capacitado pelos órgãos públicos.

Segundo Rodrigues (2020), apenas 29% dos ACS de Corumbá/MS das ESF citaram terem recebido algum tipo de orientação e/ou treinamento para dar assistência aos bolivianos na prática diária. Dentre as menções, foram citadas capacitação da Secretaria Municipal de Saúde, orientação da Polícia Federal e de recepcionistas na unidade de saúde.

Ainda, de acordo com este estudo, 87,5% de um total de 48 ACS afirmaram atender a população boliviana durante o exercício de sua função. Relacionado a esses dois dados, por se tratar de uma região de cidades-gêmeas, consideramos uma situação preocupante, já que existe constante fluxo de indivíduos dando entrada e saída do Brasil e da Bolívia. Essa situação exige do poder público capacitação voltada aos Agentes Comunitários de Saúde para que eles possam assistir essa demanda estrangeira de forma correta (RODRIGUES, 2020).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na discussão desenvolvida neste trabalho, verificamos que, no Brasil, em relação ao atendimento à saúde, os estrangeiros devem ser tratados com a mesma atenção dada aos cidadãos nativos, afinal, o Estado deve garantir a essas pessoas o direito à vida. E como no caso de regiões de fronteira como Corumbá/MS em que há um frequente fluxo internacional e, consequentemente, existe a busca por serviços públicos de saúde por não-brasileiros essa assistência é necessária.

Porém, verificamos que, apesar da legislação vigente, ainda existem problemas ligados ao atendimento do estrangeiro no SUS como a não regularização desses indivíduos perante à Polícia Federal e à Receita Federal, que acarreta no impedimento da emissão do Cartão Nacional de Saúde. Esse documento dá direito ao atendimento desde a Atenção Básica até procedimentos de alta complexidade ao estrangeiro.

Para mais, constatamos situações mais complexas que envolvem os bolivianos: falsificação ideológica (uso de documento de brasileiros por parte de bolivianos para cadastrar no SUS) (SILVA, 2010); falsificação de comprovante de residência (RODRIGUES, 2020); desrespeito por parte de profissionais da saúde (WALDMAN, 2011); dificuldades na comunicação por conta das diferenças nos idiomas (MARTES; FALEIROS, 2013); discriminação étnica; associação da área de municípios fronteiriços bolivianos como foco de contaminação e discursos de preconceito da sociedade brasileira (COSTA, 2015).

Quanto à capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, avaliamos a necessidade de mais investimento em cursos técnicos que permitam ao ACS orientar os estrangeiros quanto aos processos de regularização no país e emissão do Cartão Nacional de Saúde. Além disso, é preciso que haja um enfoque em situações rotineiras vivenciadas pelo ACS como casos de falsificação ideológica e de comprovante residencial.

Para mais, consideramos importante o desenvolvimento de palestras para conhecimento da cultura boliviana (hábitos, crendices, dentre outros) e também criação de discussões a respeito da xenofobia. Todos esses pontos a fim de que o Agente Comunitário compreenda a realidade do país vizinho e auxilie na dinâmica de rompimento dos preconceitos associados ao boliviano na comunidade. Destacamos que possa existir a difusão desses aprendizados para todos os profissionais do SUS, bem como a sociedade como um todo, potencializando, dessa forma, as trocas nessa localidade.

Através disso, entendemos que a qualificação dos ACS é um dos primeiros caminhos para que se possa garantir o direito à saúde dos bolivianos e demais estrangeiros de outras nacionalidades. Nesse contexto, compete ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde junto a Coordenação da Atenção Básica desenvolver atividades e articular instituições a fim de promover o acesso dos trabalhadores ao conhecimento prático e teórico de assuntos relacionados ao estrangeiro (BRASIL, 2017a).

Diante da diversidade de temas que podem ser abordados, acreditamos que as parcerias intersetoriais podem ser fortes aliadas nesse processo de aprendizado. Destacamos as cooperações que podem ser estabelecidas entre os poderes públicos municipal, estadual e federal com órgãos como a Polícia Federal, Receita Federal, além de setores como as secretarias de assistência social e de cidadania, instituições de ensino superior locais, dentre outros, com a finalidade de ofertar melhor cobertura de conteúdo nas capacitações.

Logo, o Agente Comunitário de Saúde deve orientar o estrangeiro em diversos processos legais e em quaisquer outros como os de caráter político, econômico, cultural, de saúde, dentre outros. Sua função junto ao estrangeiro é dar a assistência necessária para garantia do direito à saúde deste indivíduo e toda sua família em solo brasileiro.

Por isso, concluímos que, apesar do cenário complexo, os ACS buscam sempre acolher, orientar e ajudar os estrangeiros no acesso ao SUS e na garantia de seus direitos, tendo um papel fundamental, por ser, muitas vezes, a primeira interligação entre o paciente estrangeiro e a respectiva equipe de Saúde da Família e trabalhar em diversos momentos com esse grupo.

REFERÊNCIAS

BRANCO, M. L.; TORROTENGUY, M. A. A. **O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. Cad. IberAmer. Direito. Sanit., Brasília, v.2, n.2, jul./dez. 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 6.634, de 2 de maio de 1979.** Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. DOU de 3.5.1979 e retificado em 11.5.1979. Brasília, 1979.

______. **Lei Federal nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.** Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. DOU de 21.8.1980, retificado em 22.8.1980 e republicado em 22.8.1981. Revogada pela Lei nº 13.445, de 2017. Brasília, 1980.

______. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU de 20.9.1990. Brasília, 1990a.

______. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU de 31.12.1990. Brasília, 1990b.

______. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 26 ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

______. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.** Manual Para a Organização Da Atenção Básica. Brasília,1998.

______. **Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. D.O.U. de 11.07.2002. Brasília, 2002.

______. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_______. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1.Brasília, 2011.

______. Ministério da Integração Nacional. **Portaria Federal MI nº 125, de 21 de março de 2014**. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. DOU de 24.03.2014. Brasília, 2014.

______. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a.

______. **Lei Federal nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. DOU de 25.5.2017. Brasília, 2017b.

______. **Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. DOU de 18.4.2018. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2018.

______. Ministério do Desenvolvimento. **Programa de Aceleração do Crescimento. Infraestrutura Social e Urbana - UBS – Unidade Básica de Saúde**. 2019a.

______. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** 2019b.

CANOTILHO, J. G. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Portugal: Coimbra, 2003.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde**. Rev. Bras. Saúde Fam., v. 2, p. 42-49. 2004.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 805-812, dez. 2002.

COSTA, G. V. L. **Os bolivianos em Corumbá-MS: Conflitos e relações de poder na fronteira**. MANA, v.21, n.1, p.35-63. 2015.

DIAS, R. S. **As Implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde do município de Pacaraima**. Dissertação em Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. **O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, V. S. C. et al. **Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 898-906, abr. 2009.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS, UNIFESP, Especialização em Saúde da Família. 2012.

FOUCHER, M. **Fronts et fronteires**. Paris: Fayard, 1992.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, sup 2, p.S214-S226. 2007.

LIMA, N. T. et al. *(*orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 504 p.

MARTES A.C.B; FALEIROS, S.M. **Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo**. Saúde Soc., v.22, n.2, p.351-64. 2013.

MEDAGLIA, T. **A reinvenção da Bolívia: a eleição inédita de um presidente indígena será capaz de revogar os séculos de exploração, estagnação econômica e desigualdades sociais de um dos países mais bonitos da América do Sul?** Revista Terra, São Paulo, ano 14, nº 171, p.58, jul. 2006.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.42, nº especial 1, p. 261-274, set. 2018.

NASCIMENTO E. P. L.; CORREA, C. R. da S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1304-1313, jun. 2008

NOGUEIRA, R. J. B. **Fronteira: espaço de referência identitária?** Ateliê Geográfico. Goiânia, v. 1, n. 2, p. 27-41, dez. 2007.

NUNES, M. O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639 – 1646, nov-dez. 2002.

RODRIGUES, T. **Perfil socioprofissional e atuação do Agente Comunitário de Saúde das Estratégias de Saúde da Família no município fronteiriço de Corumbá-MS**. Corumbá, Mato Grosso do Sul. 131 f. Dissertação de Mestrado em Estudos Fronteiriços. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2020.

SANTOS, V. M. **Conhecimento e Mudança: Para uma Epistemologia da Globalização**. Lisboa: ISCSP,2002.

SILVA, W. A. **Fronteira e regionalização da saúde: os dilemas da microrregião de Corumbá-MS**. Corumbá, Mato Grosso do Sul. 77 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2010.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Physis. vol.15, Rio de Janeiro. 2005.

WALDMAN. T. C. **Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo**. Revista de Direito Sanitário, v.12, n.1, p. 90-77. 2011.

CAPÍTULO 16

PRODUÇÃO DE MATERIAIS PARA AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 27/11/2020

Flávia Christiane de Azevedo Machado
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Saúde Coletiva
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/0790763211909338

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé, Faculdade de Medicina
Macaé-RJ
http://lattes.cnpq.br/0335039281653783

Iramara Lima Ribeiro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Saúde Coletiva
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/1033263683509450

Thais Silva dos Reis
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Saúde Coletiva
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/5600301601365901

Maria Eloiza da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Saúde Coletiva
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/7994180585410766

Maria Carolina Dantas Campelo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/4741467832748483

Mariana Pereira de Almeida Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Saúde Coletiva
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/6960096894066982

Suelen Ferreira de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/7065067438025384

Brenda Nayara Carlos Ferreira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Odontologia
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/8860960814429773

Túlio de Araújo Lucena
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Odontologia
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/0709738414998081

Maria Antônia Dantas e Silva Lopes
Secretaria Municipal De Saúde De Natal
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/4615817232125432

Mariana Bezerra Teles
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Medicina
Natal-RN
http://lattes.cnpq.br/4779822437549843

RESUMO: Este trabalho objetiva descrever um relato de experiência sobre o projeto de extensão “Produção de materiais para ações de educação

em saúde na Atenção Primária à Saúde", que tem como pressupostos Promoção da Saúde, Educação Popular em Saúde e Comunicação. Para tanto, foram desenvolvidos produtos para uso no Sistema Único de Saúde, sendo abarcadas diferentes temáticas, relacionadas aos ciclos de vida e às políticas públicas de saúde, voltadas a esses ciclos. A primeira fase do projeto foi executada entre março e maio de 2020. As temáticas selecionadas foram abordadas por meio de vídeos (Saúde da Criança: Política de Atenção Integral a Saúde da Criança; Saúde do idoso: importância dos exercícios físicos para a qualidade de vida); cartilhas (Saúde da mulher: importância do aleitamento materno; Orientações de prevenção de quedas em idosos); folders (sobre a Fitoterapia na Atenção Básica à Saúde; Prevenção a COVID-19; Diabetes gestacional; Diabetes; Hipertensão; Síndrome da Imunodeficiência Humana e Papiloma Vírus Humano). Durante o período de sua vigência, percebeu-se a necessidade de continuidade do mesmo, logo, após a conclusão da fase I do projeto, foi iniciada a fase II, que se desenvolveu de junho a dezembro de 2020. Os materiais educativos serão disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN sob o formato de um Portfólio digital para facilitar sua reprodução e distribuição. Espera-se que a disponibilização desses produtos possa contribuir para qualificação dos processos de trabalho da APS na perspectiva da Promoção da Saúde no estado do Rio Grande do Norte, podendo estender-se a aplicações futuras em outros territórios. Além disso, pretende-se realizar o processo de registro dos materiais e da logomarca no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), o que contribuirá para o fortalecimento e identificação dos materiais oriundos de um trabalho em equipe, feito para a comunidade, construído de forma dialógica, crítica e contextualizada.
PALAVRAS-CHAVE: Extensão. Educação em saúde. Atenção Primária.

PRODUCTION OF MATERIALS FOR HEALTH EDUCATION ACTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This work aims to describe an experience report on the extension project "Production of materials for health education actions in Primary Health Care," which has its assumptions Health Promotion, Popular Education in Health and Communication. To this end, products were developed for use in the Unified Health System, covering different themes related to life cycles and public health policies aimed at these cycles. The first phase of the project was carried out between March and May 2020. The selected themes were addressed through videos (Child Health: Comprehensive Care Policy for Child Health; Health of the elderly: the importance of physical exercises for quality of life); booklets (Women's health: the importance of breastfeeding; Fall prevention guidelines for the elderly); folders (about Phytotherapy in Primary Health Care; Prevention of COVID-19; Gestational Diabetes; Diabetes; Hypertension; Human Immunodeficiency Syndrome and Human Papilloma Virus). During the period of its validity, the need for continuity of the project was realized; soon after phase I of the project, phase II was initiated, which developed from June to December 2020. Educational materials will be made available to the Municipal Health Secretariat of Natal / RN in the form of a digital portfolio to facilitate its reproduction and distribution. It is hoped that these product's availability can contribute to the qualification of PHC work processes from the perspective of Health Promotion in the state of Rio Grande do Norte and may extend to future applications in other territories. Besides, the intention is to carry out registering materials and the logo at the National Institute of Industrial Property (INPI), which will contribute to the

strengthening and identification of materials arising from teamwork, made for the community, built in a dialogical, critical, and contextualized.
KEYWORDS: Extension. Health Education. Primary Attention.

1 I INTRODUÇÃO

A disseminação de informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, preocupação que parece estar ligada ao princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998 apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nesta perspectiva, as práticas de promoção em saúde também englobam ações de educação em saúde, que é entendida como processo social com grande potencial de transformação da realidade. Assim, saúde e educação têm seu ponto de encontro na possibilidade de permitir ao indivíduo aprender a SER sujeito político, autônomo, crítico e transformador da realidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2010).

Educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos signos. De fato, qualquer ação de saúde requer comunicação, diálogo entre os sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente. Esta linha de pensamentos converge para a intersetorialidade e interdisciplinaridade e é significativamente mais rica culturalmente e mais produtiva do ponto de vista do conhecimento. Portanto, há uma relação entre saúde e educação. A articulação entre educação e saúde sob o ponto de vista da relação interpessoal, cuidado e respeito, se constitui como uma das mais ricas fontes de interdisciplinaridade (FERNANDES; BACKES, 2010)

A produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, e não só de ações tecnológicas típicas da construção de atos de saúde, no senso estrito. Portanto, toda aposta que visa interferir no campo de produção da saúde tem de reconhecer isso como uma necessidade para a ação (MEHRY, 2005).

A educação popular situa-se dentro das teorias sociais, uma vez que acredita que a educação pode contribuir para a transformação social, desempenhando papel fundamental na reconstrução da sociedade. Essas teorias partem da vida cotidiana das pessoas e levam em conta sua cultura. Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas são concebidas como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo. Para que as pessoas possam fazer escolhas de vida contextualizadas e produtoras de bem-estar, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico, a experiência de vida de cada um, o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional, que o auxilia na construção deste processo.

A educação popular em saúde tem proposto que se reveja o processo de trabalho em saúde, mobilizando redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e a sociedade para o enfrentamento da exclusão social, a promoção da qualidade de vida e da cidadania. Deve atuar no sentido da inclusão social, auxiliando aqueles “que estão fora de” a passarem “a fazer parte de”. Isso requer, além do reconhecimento da realidade e da cultura local, uma sociedade civil organizada e participativa, relações horizontais e ações complementares entre os participantes. Parte do pressuposto de que não existe um saber ou uma cultura melhor do que a outra, mas saberes, culturas e realidades complementares e inter-relacionadas (ALVES; AERTS, 2011; DAVID; ACIOLI, 2010).

Assim, são esses pressupostos que orientaram o delineamento do projeto de extensão “Produção de materiais para ações de educação em saúde na Atenção Primária à Saúde”, foco deste relato de experiência, que objetiva descrever o processo de trabalho dos autores na condução deste projeto.

2 | MÉTODO

O projeto de extensão norteou-se pelos objetivos de “Desenvolver produtos para uso em ações de educação popular em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e abarcar diferentes temáticas relacionadas aos ciclos de vida a as políticas públicas de saúde voltadas a esses ciclos através dos produtos desenvolvidos”. Além disto, vislumbrou sensibilizar os discentes e demais participantes para as ações de educação popular em saúde, estimular a inovação e criatividade, a partir dos processos de planejamento e desenvolvimento dos materiais. Como objetivo mais distal, estimular o diálogo da instituição, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com os serviços do SUS de Natal/ RN, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade, essencial para o desenvolvimento dos estágios supervisionados, visitas técnicas, disciplinas de integração ensino-serviço-comunidade.

As temáticas selecionadas foram abordadas por meio de vídeos, cartilhas, *folders* e paródias, uma vez que a intenção foi mobilizar diferentes estratégias para viabilizar o cuidado na perspectiva da promoção da Saúde vide ações de Educação Popular em Saúde.

O projeto foi executado no contexto do período de isolamento social, março de 2020 a dezembro de 2020, sendo a fase I desenvolvida de março a maio de 2020, e a fase II de junho a dezembro do corrente ano. Desta forma, não foram realizadas reuniões presenciais da equipe, sendo a comunicação da mesma efetivada por aplicativo Whats app®, e-mail (criação de pastas compartilhadas) e outras ferramentas de interação virtual pactuadas pela equipe.

Para viabilizar a compreensão e apreensão dos pressupostos teóricos, bem como de questões relativas as características técnicas de cada material, foram compartilhados textos, vídeos, paródias, dentre outros, com toda a equipe, para que se pudesse contribuir

com a construção dos materiais.

Especificamente, foram indicadas leituras para viabilizar a compreensão de ferramentas como o Canvas® (Techtudo. Aplicativo para fazer folder: aprenda como usar o Canva no celular. Disponível em: https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/2019/06/aplicativo-para-fazer-folder-aprenda-como-usar-o-canva-no-celular.ghtml Acesso em:04/04/2020) e o Powtoon® (vídeo Criar Vídeos Animados com POWTOON - Tutorial Completo. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ED4NeXcwf3g Acesso em:04/04/2020).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunicação permite que experiências, sensações, ideias ou pensamentos possam ser compartilhados com outros, pressupõe assim, tornar algo comum, propiciando, a partir de um entendimento do receptor, provocar reações. Portanto, o ato de comunicar envolve a interação e o saber ouvir, constituindo-se em um processo de interação dialógica, o que o difere do ato de informar. O informar, por sua vez, constitui-se em um ato unilateral que envolve uma pessoa que tem uma informação a dar. O processo de comunicação relaciona-se a definição de algumas questões norteadoras (Quem diz? Em qual canal? Para quem? Diz o quê? Com qual efeito? Em qual contexto? Contexto social, emocional e físico) (ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2004).

A comunicação pode ter diversas funções: Educar - o que envolve valores, exemplos e formação de vínculos; Entreter- definindo bem a quem e em quais condições; Informar - adequando os conteúdos que pretende incluir no trabalho; Orientar - demonstrando um procedimento ou uma ação; Legitimar -alguns temas na agenda pública; Reforçar - papéis sociais ou subvertê-los (ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2004).

No caso, na perspectiva do empoderamento e da utilização dos materiais em atividades educativas por profissionais da Atenção Primária à Saúde, buscou-se alcançar, em diferentes amplitudes, as diversas funções citadas acima.

Na confecção dos materiais, buscou-se refletir sobre os vários formatos em que os conteúdos poderiam ser compartilhados. Neste sentido, optou-se pelos meios audiovisuais (vídeos), gráficos (folder, cartilha) e orais (paródias).

Todavia, o fator essencial foi verificar a coerência entre: a adequação entre o meio escolhido, o conteúdo a ser compartilhado, os objetivos a serem alcançados e o segmento de público ao qual tal conteúdo é destinado.

Esses foram os pressupostos que orientaram a produção dos materiais educativos desenvolvidos no projeto de extensão. Para concretizar esses pressupostos, foram utilizadas matrizes, para viabilizar o planejamento estratégico, permitindo controle de tempo, da qualidade do produto (facilitar a visualização da adequação meio/conteúdo/objetivos/público) e do compartilhamento claro do andamento dos processos por toda

a equipe.

Para a identidade visual do projeto, foi criado um nome fantasia e uma logomarca. Quanto ao nome, realizou-se uma pesquisa no Google® para verificar se o nome escolhido pelo grupo já estaria em uso. Mediante não encontrar este nome, foi selecionado este título e realizada a discussão para verificar a pertinência da logomarca proposta. Para os processos de seleção do nome e da logomarca foi realizada uma discussão e votação pelo aplicativo Whatsapp®.

Durante o período de vigência do projeto, percebeu-se a necessidade de sua continuidade, uma vez que os autores concluíram acerca da relevância do mesmo. A partir disso, foi desenvolvida a da fase II do projeto, que, após sua conclusão, os materiais educativos serão disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN sob o formato de um Portfólio digital, para facilitar a reprodução do mesmo e distribuição. Além disto, serão buscadas parcerias com o Ministério Público Estadual, com a Assembleia Legislativa e outros órgãos governamentais para ampliar o alcance dos materiais.

Uma das maiores dificuldades do projeto foi sua realização no período de isolamento social, em que a população como um todo, incluindo os autores, permaneceram em situação de vulnerabilidade emocional. Paradoxalmente, essa foi a grande potencialidade do projeto para a equipe envolvida, uma vez que as conversas e o processo produtivo propiciaram momentos de descontração e relaxamento.

Uma vez concluído os materiais educativos e realizada sua distribuição, o projeto terá amplo alcance social, cumprindo a missão institucional da UFRN em contribuir com o desenvolvimento social.

Até então, foram produzidos dois vídeos (Saúde da Criança: Política de Atenção Integral a Saúde da Criança; Saúde do idoso: importância dos exercícios físicos para a qualidade de vida); duas cartilhas (Saúde da mulher: importância do aleitamento materno; Orientações de prevenção de quedas em idosos) e oito *folders* (sobre a Fitoterapia na Atenção Básica à Saúde; Prevenção a COVID-19; Diabetes gestacional; Diabetes; Hipertensão; Síndrome da Imunodeficiência Humana e Papiloma Vírus Humano).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto tem o potencial de viabilizar uma efetiva comunicação com usuários dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Rio Grande do Norte, uma vez que possibilita o desenvolvimento de produtos sob os referenciais da Promoção da Saúde, Educação Popular em Saúde e da Comunicação em si. Neste sentido, espera-se que a disponibilização desses produtos possa contribuir para qualificação dos processos de trabalho da APS na perspectiva da Promoção da Saúde no referido estado, podendo estender-se a aplicações futuras em outros territórios. Além disso, pretende-se realizar o processo de registro dos materiais e da logomarca no Instituto Nacional da Propriedade

Industrial (INPI), o que contribui para o fortalecimento e identificação dos materiais oriundos de um trabalho em equipe, feito para a comunidade, construído de forma dialógica, crítica e contextualizada.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cien. Saude Colet**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) **Educação e ação comunicativa** / Brani Rozemberg et al. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. p.128.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

MEHRY, Emerson Elias. O desfaio que a educação permanente tem em si: A pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p.161-77, 2005.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sônia. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva de educação popular e de saúde. **REBEN**, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Especialização em Saúde da Família** – Modalidade a Distância. Educação em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Verdi, Fátima Buchele, Heitor Tognoli. – Florianópolis, 2010.

CAPÍTULO 17

PROMOÇÃO DA HIGIENE DE MÃOS ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA E UM PARALELO COM O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Renata Prado Bereta Vilela
Faculdade Ceres (Faceres), Curso de Medicina
Programa de Integração Comunitária (PIC)
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0002-0329-9648
http://lattes.cnpq.br/8885858767762971

Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice
Faculdade Ceres (Faceres), Curso de Medicina
Programa de Integração Comunitária (PIC)
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0003-0803-5833
http://lattes.cnpq.br/3855608819323056

Paula Buck de Oliveira Ruiz
Universidade de São Paulo (USP)
São Paulo – São Paulo
Orcid: 0000-0001-5598-6776
http://lattes.cnpq.br/1341769841077718

Jorge Vilela Filho
Funfarme, Departamento de Ortopedia e Traumatologia
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0002-1135-6120

Vinicius Bereta
Nutribem, Departamento de Qualidade
Nova Aliança – São Paulo
Orcid: 0000-0002-2942-8911
http://lattes.cnpq.br/0755848042478776

Priscila Buck de Oliveira Ruiz
Funfarme, Centro Cirúrgico
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0002-0145-4202
http://lattes.cnpq.br/4888974879916862

Jaqueline Lopes Gouveia
Funfarme, Centro Cirúrgico
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0003-1148-8331
http://lattes.cnpq.br/4220852626732878

Marli de Carvalho Jericó
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Departamento de Enfermagem Especializada
São José do Rio Preto – São Paulo
Orcid: 0000-0003-1550-6744
http://lattes.cnpq.br/0303502561696820

RESUMO: No ano de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como um dos seus objetivos fomentar a inclusão do tema segurança do paciente nas graduações da área da saúde. A segurança do paciente não é uma disciplina obrigatória dos currículos na área da saúde, no entanto, há recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a temática seja tratada de forma transversal nos cursos. Entre as metas internacionais de segurança do paciente temos a meta cinco que aborda a higiene de mãos para evitar infecções. Dessa forma, este relato objetiva descrever a realização de um projeto de extensão para a promoção da higiene de mãos desenvolvido por acadêmicos de medicina e

relacioná-lo com o PNSP do Ministério da Saúde. Este capítulo retrata a experiência da implementação de um projeto de extensão realizado em maio de 2019 em uma faculdade de medicina privada do interior paulista. Esse projeto teve como objetivo geral conscientizar os acadêmicos e os profissionais que trabalham na instituição sobre a importância da higiene de mãos. Além dos aspectos teóricos sobre a meta cinco que era compartilhado com os participantes por meio de orientações verbais, os mesmos utilizaram uma caixa pedagógica de higiene de mãos para ilustrar as áreas onde a técnica fosse ineficaz e também houve a exposição de um pôster informativo a respeito do assunto. Participaram da atividade aproximadamente 200 pessoas entre acadêmicos, professores e outros trabalhadores da instituição. Todos se mostraram muito interessados principalmente na utilização da caixa pedagógica. Conclui-se que o projeto de extensão foi realizado de forma satisfatória, os participantes se mostraram interessados na temática. Além disso, o projeto foi ao encontro do que é preconizado no PNSP principalmente em seus objetivos, na definição de cultura de segurança do paciente e em suas estratégias de implementação.
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Higiene das Mãos; Educação Superior; Estudantes; Relações Comunidade- Instituição.

PROMOTION OF HAND HYGIENE AMONG MEDICAL STUDENTS AND A PARALLEL WITH THE NATIONAL PATIENT SAFETY PROGRAM

ABSTRACT: In 2013, the National Patient Safety Program (PNSP) was created, which has as one of its objectives to promote the inclusion of the subject of patient safety in undergraduate courses in the health area. Patient safety is not a mandatory subject of curricula in the health field, however, there are recommendations from the World Health Organization (WHO) that the theme be treated in a transversal way in the courses. Among the international patient safety goals there is goal five that addresses hand hygiene to prevent infections. Thus, this report aims to describe the realization of an extension project for the promotion of hand hygiene developed by medical students and to relate it to the PNSP of the Ministry of Health. This chapter portrays the experience of implementing an extension project held in May 2019 at a private medical school in the interior of São Paulo. This project aimed to raise the awareness of academics and professionals working at the institution about the importance of hand hygiene. In addition to the theoretical aspects of goal five that were shared with participants through verbal guidance, they used a pedagogical hand hygiene box to illustrate areas where the technique was ineffective and there was also an information poster about the subject. Approximately 200 people participated in the activity, including academics, teachers and other workers of the institution. Everyone was very interested mainly in the use of the pedagogical box. It is concluded that the extension project was carried out satisfactorily, the participants showed interest in the theme. In addition, the project met what is recommended in the PNSP mainly in its objectives, in the definition of a patient safety culture and in its implementation strategies.
KEYWORDS: Patient Safety; Hand Hygiene; Education, Higher; Students; Community-Institutional Relations.

1 I INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente vem desde tempos remotos (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015), porém, a partir do ano 2000 a temática ganhou visibilidade mundial com a publicação do importante relatório norte americano *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). No Brasil, várias iniciativas para a promoção da segurança do paciente já estavam sendo tomadas, no entanto, em 2013 houve um marco, a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013 (BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria supracitada, a segurança do paciente é definida como a "redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (BRASIL, 2013). Para atender essa temática a Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a *Joint Commission International* (JCI, 2020) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) preconizaram seguir as metas internacionais para a segurança do paciente.

Entre as seis metas, a quinta designada reduzir o risco de infecção relacionada ao cuidado (JCI, 2020), também conhecida como higienizar as mãos para evitar infecções, foi tema do primeiro desafio global para a segurança do paciente promovido pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2005 (PITTET; DONALDSON, 2005).

Este primeiro desafio designado "cuidado limpo cuidado seguro" criaria um foco mundial na redução de infecções associadas aos cuidados de saúde, como um elemento vital da segurança do paciente. Entre um dos seus objetivos, ele preconizava testar a implementação das novas Diretrizes da OMS a respeito da higiene de Mãos em Cuidados de Saúde, pois, reconhece que a falta de um documento que padronize esse procedimento a nível global é uma problemática que interfere nos resultados da prevenção de infecções. Afirma também, que a infecção associada aos cuidados de saúde é um problema internacional crescente que contribui com mortes e incapacidades de pacientes além de gerar despesas adicionais aos serviços de saúde (PITTET; DONALDSON, 2005).

Para atender essa demanda, na própria PNSP cita a importância de propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à diferentes áreas, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2013). Reforçando essa importância documental foi publicada a resolução RDC nº36/2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, afirmando que a higiene de mãos deve estar incluída no plano de segurança dos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Por fim, também em 2013 o Ministério da Saúde em conjunto com a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicaram o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, que institui e promove a higiene de mãos nos serviços de saúde do país para prevenir e controlar infecções e

garantir a segurança do paciente, do profissional de saúde e de todos os envolvidos no cuidado (BRASIL, 2013).

Contudo, apesar de todos os esforços a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos ainda é um desafio. Para melhorar essa adesão são necessárias estratégias multimodais que contribuam com a mudança de comportamento, entre elas, a educação se apresenta como uma importante ferramenta (OLIVEIRA; PAULA, 2013). Corroborando com essa informação incluir as temáticas relativas à segurança do paciente em cursos de graduação torna-se indispensável para o conhecimento e compreensão dessa temática. (BRASIL, 2013). Dessa forma, para subsidiar essa necessidade a OMS publicou um guia curricular de segurança do paciente em uma edição multiprofissional (OMS, 2016).

O guia curricular da OMS aponta que se for possível à segurança do paciente pode ser uma área específica de estudo, porém, em caso contrário esse tema deve ser ministrado de forma transversal e multidisciplinar (OMS, 2016). Em cursos de graduação além do ensino, tem-se também, as atividades de extensão e de pesquisa. Neste sentido, Santos et al, afirmam que a extensão é uma parte importante no processo de formação auxiliando no crescimento acadêmico, profissional e pessoal, pois, possibilita a reflexão entre teoria e prática (Santos, et al, 2016).

Dessa forma, a extensão universitária pode ser uma importante ferramenta para incluir a temática de segurança do paciente no curso de graduação e promover a higiene de mãos para evitar infecções. Portanto, este relato objetivou descrever a realização de um projeto de extensão para a promoção da higiene de mãos desenvolvido por acadêmicos de medicina e relacioná-lo com o PNSP do Ministério da Saúde.

2 | MÉTODO

Pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, que foi construída a partir da vivência da implementação de uma atividade extensionista intitulada “Projeto de extensão em comemoração ao dia mundial de higiene de mãos”.

O projeto foi desenvolvido em maio de 2019, em uma faculdade de medicina privada do interior de São Paulo. A instituição conta com aproximadamente 384 acadêmicos de medicina.

O seu objetivo principal foi conscientizar os acadêmicos e os profissionais que trabalham na instituição sobre a importância da higiene de mãos e os específicos eram orientar sobre a importância da higiene de mãos, como realizar a técnica e quando realizar, além de ilustrar as áreas das mãos que são mais difíceis de serem higienizadas e distribuir álcool gel portátil e outros brindes aos interessados.

A atividade ocorreu em duas etapas, a primeira foi de capacitar os alunos que seriam os facilitadores da atividade e a segunda foi a realização da abordagem da população da instituição no *hall* da faculdade.

Para a segunda parte da atividade houve a colaboração de uma farmácia de manipulação que disponibilizou gratuitamente o álcool gel e outros brindes gratuitamente.

Por se tratar de um relato de experiência essa pesquisa segue a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que ausenta a necessidade de parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.

3 I DESCRIÇÃO DO RELATO E DISCUSSÃO

O projeto foi coordenado por duas docentes da instituição, a docente responsável ministrava a disciplina eletiva de qualidade e segurança do paciente e o eixo do Programa de Integração Comunitária (PIC). A docente colaboradora do projeto é coordenadora de extensão da instituição, coordenadora e docente do eixo do PIC. A parceria para o desenvolvimento deste projeto de extensão corrobora com o preconizado pelo Guia Curricular de Segurança do Paciente da OMS, pois, o mesmo cita que a aprendizagem multidisciplinar é a melhor maneira de abordar o tema segurança do paciente (OMS, 2016).

O mês de maio foi escolhido para a realização do projeto, pois é neste período que se comemora a importância da higiene de mãos, especificamente o dia 05 de maio é o dia mundial de higiene das mãos. Neste dia, costumam ser promovidas atividades para conscientizar os profissionais de saúde, o governo e os administradores hospitalares sobre a importância da higienização das mãos (OPAS, 2010). Em 2019, esse dia foi um domingo, por este motivo, a escolha dos dias do projeto foi próxima ao dia cinco, porém, se adequando ao calendário acadêmico.

Em 2019, o tema da campanha mundial de higienização de mãos estimulado pela OMS e apoiado pela ANVISA foi "cuidado seguro para todos está nas suas mãos" (BRASIL, 2019). Por este motivo, o projeto foi pensado para não atender apenas os acadêmicos, mas também, todos os que estivessem presentes na instituição.

Inicialmente foi elaborado um informativo convidando os alunos interessados para serem mediadores do projeto. No dia 16 de maio de 2019 aconteceu a primeira parte referente a capacitação com conteúdo expositivo e dialogado sobre higiene de mãos durante a aula da disciplina eletiva de qualidade e segurança do paciente. Foram abordados na capacitação a definição de higiene de mãos, quando a realizar, dando ênfase nos cinco momento, porque realizar e como realizar. Todo o conteúdo abordado foi embasado no Protocolo de higiene de mãos em serviços de saúde do Ministério da Saúde e ANVISA (BRASIL, 2013). Ao final da capacitação, os mediadores foram treinados para utilizar a caixa pedagógica de higiene de mãos.

A caixa tem o objetivo de ilustrar se a técnica de higiene de mãos está correta e eficaz, para tanto, os indivíduos devem fazer a técnica de higiene de mãos com uma mistura de álcool gel com luminol e ao introduzir as mãos na caixa que é totalmente escura com uma luz negra, as partes onde o luminol não entrou em contato ficam escuras e assim

o indivíduo percebe onde a técnica está menos eficiente.

Neste dia, sete alunos e um docente da instituição participaram desta capacitação. Alguns alunos não conseguiram comparecer neste dia, mas queriam ser mediadores, então, os mesmos receberam o material da capacitação e se comprometeram a estuda-lo.

No dia seguinte, a atividade foi realizada no *hall* da faculdade. Neste local foi colocado um pôster com informações sobre a higiene de mãos (Figura 1), além desse material, o ambiente foi feito enfeitado com bexigas brancas e azuis cores que geralmente representam esta campanha. Ao todo, 20 alunos participaram como mediadores do projeto orientando e acompanhando os participantes na realização da técnica de higiene de mãos na caixa pedagógica. As orientações permeavam a importância da higiene de mãos, quando realizar e como realizar. Aproximadamente 200 pessoas participaram da atividade. Os alunos que participaram como mediadores receberam um certificado de participação com horas acadêmicas que foram incluídas em seus históricos escolares

No local da atividade também foi montado um *stand* de uma farmácia de manipulação que fez exposição dos seus produtos e disponibilizava gratuitamente saches de álcool gel e outros brindes.

Observou-se grande interesse dos participantes para a utilização da caixa pedagógica, os mesmos verbalizavam o interesse e a importância de visualizar as áreas que não estavam higienizadas satisfatoriamente.

Figura 1. Pôster informativo utilizado no local da atividade extensionista. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019.

Fonte: Brasil. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. 2013.

Segundo a Portaria Nº 529 de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a mesma objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Além disso, em seus objetivos específicos que corroboram com o projeto de extensão descrito, podemos citar a ampliação ao acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir os conhecimentos sobre segurança do paciente e principalmente fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino de graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

Observou-se que todos esses objetivos foram atendidos com a atividade extensionista supracitada, pois, a higiene de mãos faz parte de uma das metas internacionais para a segurança do paciente (JCI, 2020) e ela foi promovida tanto entre os alunos como com toda a comunidade acadêmica presente na faculdade no dia da atividade.

Além disso, foi possível promover a cultura de segurança do paciente entre os acadêmicos. A cultura de segurança do paciente é definida pela RDC 36/2013 como o "conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde" (BRASIL, 2013). O PNSP afirma que ela é configurada a partir de cinco características operacionais, no projeto podemos citar que uma delas a "cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares" (BRASIL, 2013) foi atendida.

Nessa Portaria há descrição de sete estratégias de implementação do PNSP, podemos afirmar que no projeto foi contemplada a "promoção de processos de capacitação de profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente"; "implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais e usuários de saúde e sociedade"; "promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros"; e principalmente "a inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível superior" (BRASIL, 2013).

Esta pesquisa reflete como foi a implementação de um projeto de extensão teórico-prático da promoção de higiene de mãos incentivando e promovendo a cultura de segurança do paciente em uma faculdade privada de medicina do interior de São Paulo o que pode ser um fator limitante para os resultados, já que é uma realidade de uma população específica. Porém, ela avança no sentido de demonstrar como essa atividade pode ser uma estratégia para atender as orientações relacionada com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pelo Ministério da Saúde.

4 I CONCLUSÃO

O projeto foi realizado com êxito, grande parte da comunidade acadêmica que frequentou a instituição no dia da realização participou voluntariamente da atividade e se mostrou muito interessada em utilizar a caixa pedagógica e surpresa com o resultado. Além disso, o projeto foi ao encontro do que é preconizado no PNSP principalmente em seus objetivos, na definição de cultura de segurança do paciente e em suas estratégias de implementação. substancialmente no que tange em incluir a temática de segurança do paciente em cursos de graduação na área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **05 de maio de 2019 – Dia mundial de Higiene das mãos.** Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 2019. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/157-5-de-maio-de-2019-dia-mundial-de-higiene-das-maos> Acesso em 07 dez. 2020.

2. BRASIL. **Portaria Nº 529, de 1° de Abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 05 dez. 2020.

3. BRASIL. **Protocolo para a pratica de Higiene das Mãos em serviços de Saúde**. Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde/ ANVISA/ Fiocruz. 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347fQHsQg.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

4. BRASIL. **Resolução RDC Nº 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde/ Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html> Acesso em: 05 dez. 2020.

5. BRASIL. **Resolução Nº510, de 7 de abril de 2016.** Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 08 dez.2020.

6. JCI. **International Patient Safety Goals**. Joint Commission International. 2020. Disponível em: < https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

7. KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington: 2000. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/to-err-is-human-building-a-safer-health-system/>. Acesso em: 05 dez.2020.

8. NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. **História da qualidade em segurança do paciente.** História da Enfermagem: Revista Eletrônica. V. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: < http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf>. Acesso em: 05 dez.2020.

9. OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. **Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa**. Revista Eletrônica de Enfermagem. V. 15, n. 4, p. 1052-60, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/21323/15751> Acesso em: 05 dez. 2020.

10. OMS. **Guia Curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde: edição multiprofissional**. Organização Mundial da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/conselhos-e-comissoes/cosep-comite-de-seguranca-do-paciente/sugestoes-de-leitura/10995-guia-curricular-de-seguranca-do-paciente-da-oms/file>. Acesso em 05 dez. 2020.

11. OPAS. **05 de maio – Dia Mundial de Higienização de Mãos**. 2010. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1143:5-de-maio-dia-mundial-de-higienizacao-das-maos&Itemid=463> Acesso em: 07 dez. 2020.

12. PITTET, D.; DONALDSON S.L. **Clean Care is Safer Care: the first global challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety**. Infection Control and Hospital Epidemiology. V. 26, n. 11, p. 891-894, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/information_centre/ICHE_Nov_05_CleanCare_1.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

13. SANTOS, J. H. S.; ROCHA, B. F.; PASSAGLIO, K. T. Extensão universitária e formação no ensino superior. Revista Brasileira de extensão universitária. V. 7, n. 1, p. 23-28, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/3087> Acesso em: 05 dez. 2020.

CAPÍTULO 18

QUALIDADE DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL DE CAMPANHA: USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 08/12/2020

Maria do Carmo Santos Ferreira
Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella IDTNP
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/1026636930441412

Susane de Fátima Ferreira de Castro
Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella IDTNP
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/6441618733536014

Amanda Patrícia Cardoso Soares
Hospital Infantil Lucídio Portela – HILP
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/8812268261994534

Pedrina Maria Nascimento Araújo Costa
Hospital Infantil Lucídio Portela – HILP
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/0274490822707127

Herilane de Sousa Cavalcante
Hospital Infantil Lucídio Portela – HILP
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/4895014653796799

Priscila Martins Mendes
Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina – Piauí
http://lattes.cnpq.br/7302271816062078

RESUMO: Gerir uma assistência de qualidade nos serviços de saúde é um desafio que nesse momento de pandemia exige ainda mais dos profissionais, principalmente dos gestores. E para auxiliar esse processo temos disponíveis algumas ferramentas que podem favorecer um dimensionamento adequado, um planejamento terapêutico eficaz e, por fim, uma assistência de qualidade. Assim o objetivo é relatar a experiência de gestão com a utilização de algumas ferramentas para melhorar dimensionamento, avaliar a taxa de permanência dos pacientes e assistência em um hospital de campanha no Estado do Piauí. Este trabalho aborda uma experiência da utilização de algumas ferramentas para gestão em um hospital de campanha visando a melhoria da qualidade da assistência. A utilização de ferramentas como Fugulin e Kanban trouxe mais cientificidade para o trabalho da enfermagem, organização do processo de cuidado, diminuição da sobrecarga de trabalho e visibilidade de discussão de planos terapêuticos com a equipe multiprofissional. Dentre desafios para a aplicação das ferramentas podemos apontar a compreensão dos profissionais sobre a importância desta para gestão do cuidado. Todavia, os benefícios a curto prazo foram mais expressivos, com uma taxa alta de absenteísmo a utilização do Fugulin para dimensionamento de pessoal foi crucial para não se ter sobrecarga de trabalho. Já o Kanban favoreceu a discussão entre a equipe multiprofissional sobre os casos contribuindo com o indicador de permanência e giro de leitos. Salienta-se a importância da utilização de ferramentas para a gestão do cuidado nos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade do serviço e do trabalho, levando segurança não só para o paciente, mas também

para os profissionais.
PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente; Ferramentas; Gestão da qualidade.

QUALITY OF WORK PROCESS IN A FIELD HOSPITAL: USE OF MANAGEMENT TOOLS

ABSTRACT: Managing quality care in health services is a challenge that, in this moment of pandemic, demands even more from professionals, especially managers. And to assist this process we have some tools available that can favor an adequate dimensioning, an effective therapeutic planning and, finally, quality assistance. Thus, the objective is to report the management experience with the use of some tools to improve dimensioning, assess the rate of patient permanence and assistance in a field hospital in the State of Piauí. This work addresses an experience of using some tools for management in a field hospital aiming to improve the quality of care. The use of tools like Fugulin and Kanban brought more scientificity to the nursing work, organization of the care process, reduction of work overload and visibility of the discussion of therapeutic plans with the multidisciplinary team. Among the challenges for the application of the tools, we can point out the professionals' understanding of the importance of this for care management. However, the short-term benefits were more expressive, with a high rate of absenteeism, the use of Fugulin for staff sizing was crucial to avoid overwork. Kanban, on the other hand, favored the discussion among the multiprofessional team about the cases, contributing with the indicator of permanence and bed turnover. The importance of using tools for the management of care in health services is emphasized, aiming to improve the quality of service and work, bringing safety not only to the patient, but also to the professionals.
KEYWORDS: Patient Safety; Quality Management.

INTRODUÇÃO

O contexto atual de pandemia trouxe com mais nitidez a importância de se ter uma gestão que visa a qualidade e melhoria contínua dos processos nos serviços de saúde. Se os serviços de saúde em si são complexos e inseguros, essa realidade fica ainda mais crítica em contextos improvisados, como Hospitais de Campanha em estruturas que não foram construídas para ser hospital.

Sousa (2014) aponta que melhoria da qualidade do cuidado e segurança do paciente necessitam do envolvimento de todos os colaboradores da instituição e os resultados, em sua maioria, são alcançados a longo prazo. Ou seja, é uma construção de cultura de segurança e gestão da qualidade.

O envolvimento de todos os profissionais, direta ou indiretamente enredados no cuidado à saúde, para a implantação de estratégias de segurança do paciente é crucial. Principalmente, a equipe de enfermagem que se apresenta como o maior contingente de trabalhadores das instituições e maior responsável pela assistência contínua do paciente (REIS et al., 2017).

As ferramentas da qualidade não utilizadas, principalmente para obtenção, organização e análise das informações com a finalidade de resolver problemas e avaliar as melhorias alcançadas no serviço (ALVES, 2019)

Dentre as ferramentas, o mapeamento de processos, oferece um entendimento do processo e define claramente como funcionam os macroprocessos e subprocessos, quais são as interações, quem e quando realiza cada atividade e, fornece uma visão clara quanto aos objetivos de cada atividade (ALVES, 2109)

Outros exemplos são: a técnica dos 5 porquês; *Benchmarking*; *Brainstorming*; *Brainwriting*; *Checklist* ou Folha de verificação; Cronograma; Fluxograma; Diagrama de Pareto; Gráfico de controle; Plano de Ação (5W3H); Matriz Gut; PDCA. Cada ferramenta desta tem uma finalidade e um propósito, que o gestor pode utilizar de acordo com sua realidade e necessidade organizacional.

Todo contexto organizacional é repleto de problemas, falhas, lacunas e assim oportunidades de melhorias, ainda mais um serviço complexo como o de saúde montado em uma estrutura improvisada. Tendo que ter os processos moldados e redesenhados diariamente.

Sendo que fundamental a padronização desses processos, educação permanente da equipe e o uso de ferramentas para avaliação e melhoria da qualidade do seu desempenho na organização de saúde.

Somado a esse contexto, a equipe de supervisão foi um grande diferencial do hospital de campanha, uma equipe gestora englobando várias áreas: controle de infecção hospitalar, núcleo interno de regulação, gestão da qualidade e gerenciamento de risco.

OBJETIVO

Relatar a experiência da equipe gestora de enfermagem com a utilização de ferramentas de gestão para melhorar a qualidade dos processos de trabalho em um Hospital de Campanha no Estado do Piauí.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza relato de experiência, realizado através da vivência de enfermeiras gestoras em um Hospital de Campanha Estadual, no município de Teresina, no período de 01 de junho a 26 de agosto de 2020.

Instalado em um Ginásio Esportivo no centro da capital, sendo uma parceria do Governo do Estado do Piauí com a Universidade Federal do Piauí e Fundação Cultural e de Fomento à Pesquisa, Ensino, Extensão e Inovação (Fadex), que junto com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAPI), realizaram a gestão dessa unidade, garantindo o aumento da capacidade no estado para evitando o colapso do sistema de saúde.

Foram disponibilizados 55 leitos, sendo 13 de estabilização. O hospital não tinha leitos de Terapia Intensiva (UTI) e não funciona de portas abertas, era um hospital de retaguarda que recebia pacientes com coronavírus encaminhados de outras unidades de saúde, por meio do sistema de regulação. Além da estrutura montada, o hospital contava com o seu fluxo devidamente organizado, além de área de descanso para os profissionais que trabalhavam na unidade e área de acolhimento para os familiares dos pacientes que iam na unidade.

Durante essa gestão foram utilizadas ferramentas para gestão da qualidade e por fim melhorias dos processos assistenciais. Dentre as ferramentas foram utilizados: fluxogramas, *checklists*, Kanban, Escala de Fugulin, planos de ação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Todos os processos de trabalho foram padronizados por meio de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e Fluxogramas, que foram repassados para os profissionais através de capacitações in loco, na sua maioria. A educação permanente é uma das estratégia de desenvolvimento de uma equipe de alto desempenho somada a utilização das ferramentas.

A utilização de ferramentas de gestão da qualidade em suma permitiu melhorar o entendimento dos processos, assim como aprimorá-los a partir da compreensão de cada fase do processo e suas inter-relações.

A utilização de ferramentas como Fugulin e Kanban trouxe mais cientificidade para o trabalho da enfermagem, organização do processo de cuidado, diminuição da sobrecarga de trabalho e visibilidade de discussão de planos terapêuticos com a equipe multiprofissional.

A incorporação dessas escalas foram essenciais e corroboram com o estudo de Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005), favorecendo ações gerenciais e refletindo na melhoria da assistência, possibilitando a comparação de cenários de provimento de recursos humanos, assim como, subsidiar indicadores de gestão.

Dentre desafios para a aplicação das ferramentas podemos apontar a compreensão dos profissionais sobre a importâncias desta para gestão do cuidado. Todavia, os benefícios a curto prazo foram mais expressivos, com uma taxa alta de absenteísmo a utilização da Escala de Fugulin para dimensionamento de pessoal foi crucial para não se ter sobrecarga de trabalho. Já o Kanban favoreceu a discussão entre a equipe multiprofissional sobre os casos contribuindo com o indicador de permanência e giro de leitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, a experiência da utilização de ferramentas para gestão da qualidade contribuiu para melhoria de processos assistenciais, assim como facilitou o gerenciamento de riscos no serviço.

A vivência de um hospital de campanha foi indescritível e a aplicação de estratégias de melhorias dos processos foi uma experiência única que pode contribuir para o trabalho das profissionais em outros serviços de saúde do Estado. Ampliando também a visão para gestão da qualidade e seus impactos no cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. L. S. (org.). **Gestão da qualidade** – ferramentas que contribuem para o gerenciamento da qualidade e de riscos nos serviços de enfermagem. 3 ed. São Paulo. Martinari, 2019.

GAIDZINSKI R. R., FUGULIN F.M.T., CASTILHO V. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde**. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p. 125-37.

REIS, G. A. X. dos et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 2, e00340016, 2017 .

SOUSA, P, (org.). **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EAD/ ENSP, 2014.

CAPÍTULO 19

RADIOGRAFIAS DE CRÂNIO E SUA RELEVÂNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM ENSAIO ICONOGRÁFICO

Data de aceite: 01/02/2021
Data de submissão: 17/12/2020

Flávia Sprenger
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/1133768824562824

Gabriel Lucca de Oliveira Salvador
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/1905414107603645

Carlos Eduardo Aguiar
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/9051649814858819

Poliana Palma Barbieri
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/1911219528859128

Liara Bilibio Lunelli
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/8561433244508971

Thais Bianco
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/7938233622030763

Cleverson Alex Leitão
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/0143894839932113

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira
Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
http://lattes.cnpq.br/6495299167014876

RESUMO: Introdução e objetivos: Na era moderna da radiologia, com maior acesso aos métodos avançados de diagnóstico por imagem, as radiografias de crânio têm caído em desuso. Métodos: Foram avaliadas todas as radiografias de crânio (n = 152) realizadas entre 2016 e 2019 com laudo disponível em um Hospital Universitário sem atendimento a trauma. Resultados: A média de idade dos pacientes estudados foi de 33 anos. Pouco mais da metade da amostra erado sexo feminino (53%, n = 82). As unidades solicitantes mais ativas foram a de Hemato-Oncologia (30% dos pedidos, n = 45), Endocrinologia (11%, n = 17), Clínica Médica (8%, n = 13) e Puericultura (5%, n = 9). As principais indicações para o exame descritas nos pedidos foram rastreio de mieloma múltiplo (26%, n = 40) e investigação de deformidades ósseas detectadas clinicamente (15%, n = 23). Mais de 10% dos exames realizados (11%, n = 17) não possuíam história clínica descrita na requisição. Dos 152 exames realizados, 96 encontravam-se normais (63%). O achado mais frequente foi a presença de lesões osteolíticas (17%, n = 26).

Os outros achados mais frequentes foram sinais de craniotomia (5%, n = 7) e craniosinostose (4%, n = 6). Após a coleta foram selecionadas imagens de casos de hemangiopericitoma, tocotrauma, histiocitose, deformidades, metástases e mieloma múltiplo para exploração e revisão dos achados de imagem. Conclusões: Atualmente são praticamente inexistentes as indicações para a realização de uma radiografia de crânio, visto que a maioria dos pacientes é mais bem avaliada por tomografia computadorizada. Todos os casos com achados positivos do presente estudo evoluíram para a tomografia, tornando ainda mais questionável o real benefício do exame.
PALAVRAS-CHAVE: Radiografia, crânio.

SKULL RADIOGRAPHS AND THEIR RELEVANCE IN A UNIVERSITY HOSPITAL: AN ICONOGRAPHIC ESSAY

ABSTRACT: Introduction and Objectives: In radiology's modern era, with increasing access to advanced imaging methods, skull radiographs are starting to die out. This study intends to review the current indications for this exam, as well as the main findings described in a tertiary hospital without trauma care. Methods: All skull radiographs performed between 2016 and 2019 with available report in a tertiary hospital were evaluated (n = 152). Discussion: The mean age of the studied population was 33 years. Just over half of our sample was female (53%, n = 82). The most active requesting units were Hematology-Oncology (30% of requests, n = 45), Endocrinology (11%, n = 17), Internal Medicine (8%, n = 13) and Pediatrics (5%, n = 9). The main indications described in the exam requests were screening for multiple myeloma (26%, n= 40) and investigation of clinically detected bone deformities (15%, n= 23). Over 10% of the exams performed (11%, n= 17) had no clinical history described in the exam request. Of the 152 exams performed, 96 were normal (63%). The most frequent finding was the presence of osteolytic lesions (17%, n = 26). Other frequent findings were signs of craniotomy (5%, n = 7) and craniosynostosis (4%, n = 6). After data collection and analysis, images of hemangiopericytoma, birth trauma, histiocytosis, metastasis and multiple myeloma were selected for exploration and review of imaging findings. Conclusions: Nowadays, indications for performing a skull radiograph are practically inexistent and patients are better assessed by computerized tomography. All patients with positive findings in our study subsequently performed a computed tomography, making the real benefit of the skull radiograph even more questionable.
KEYWORDS: Radiographs, skull.

INTRODUÇÃO

Com o advento dos métodos seccionais (tomografia computadorizada e ressonância magnética), o papel da radiografia convencional na avaliação do crânio tem caído em desuso. Atualmente, não existem indicações concretas para a sua realização, nem mesmo no contexto de trauma cranioencefálico e inventário ósseo do mieloma múltiplo (ORMOND FILHO, et al., 2019; AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2020).

Na contramão das evidências científicas que não embasam seu uso, muitas vezes, a radiografia é o único recurso acessível, sobretudo em serviços públicos de saúde em

nosso país.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo revisar os exames de raio-X de crânio realizados em um hospital universitário sem departamento de trauma, suas indicações e achados.

MÉTODOS

Foram elencadas todas as radiografias de crânio com laudo disponíveis no PACS (*Picture Archive Computerized System*) realizadas entre 2016 e 2020. Em seguida, foram revisados os pedidos médicos com as respectivas indicações, as imagens e os laudos médicos elaborados por radiologistas.

Selecionou-se para revisão dos achados de imagem e revisão da literatura os exemplos mais emblemáticos de cada achado positivo (hemangiopericitoma, tocotrauma, histiocitose, deformidades, metástases e mieloma múltiplo).

RESULTADOS

Ao todo, foram revisados 152 exames de imagem, dos quais, 96 (63%) encontravam-se dentro da normalidade.

A média de idade dos pacientes estudados foi de 33 anos. Pouco mais da metade da amostra erado sexo feminino (53%, n = 82).

As unidades solicitantes mais ativas foram a de Hemato-Oncologia (30% dos pedidos, n = 45), Endocrinologia (11%, n = 17), Clínica Médica (8%, n = 13) e Puericultura (5%, n = 9).

As principais indicações para o exame descritas nos pedidos foram rastreio de mieloma múltiplo (26%, n = 40) e investigação de deformidades ósseas detectadas clinicamente (15%, n = 23). Mais de 10% dos exames realizados (11%, n = 17) não possuíam história clínica descrita na requisição.

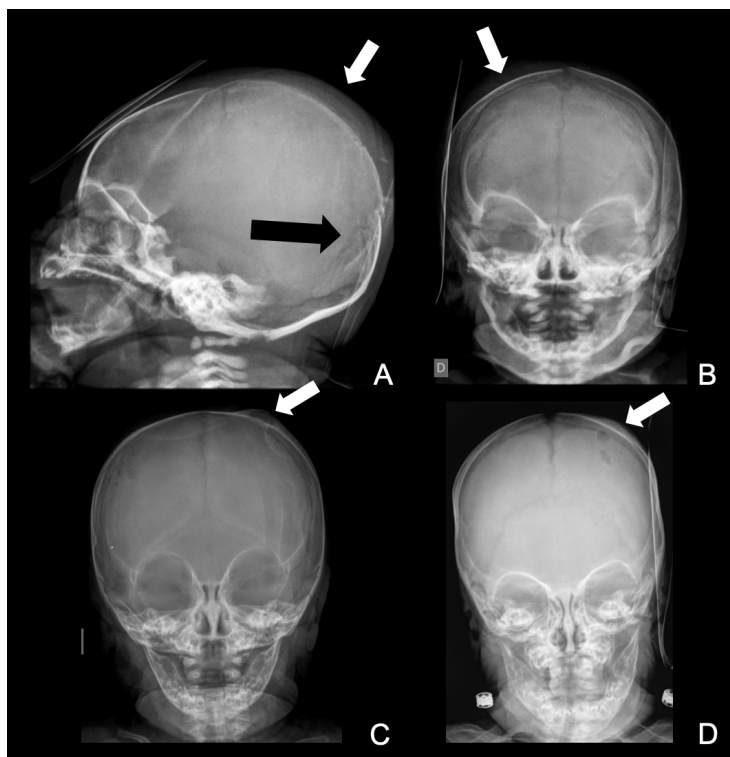
O achado mais frequente foi a presença de lesões osteolíticas (17%, n = 26). Os outros achados mais frequentes foram sinais de craniotomia (5%, n = 7) e craniosinostose (4%, n = 6).

Tocotraumatismo

Apesar da melhor assistência pré-natal e ao parto, os traumatismos decorrentes do parto ainda são prevalentes, representando fonte de morbi-mortalidade para os recém-natos (CHATURVERDI, et al., 2018).

As lesões mais comuns são centradas no couro cabeludo, dentro do espectro que vai de hemorragia da pele e subcutâneo, subgaleal e cefalohematoma. A maioria é benigna e evolui com resolução espontânea (CHATURVERDI, et al., 2018).

Atualmente o papel da radiografia é extremamente limitada, sendo a avaliação mais

bem indicada por ultrassom ou métodos seccionais (CHATURVERDI, et al., 2018).

1A-D: Exemplos de tocotrauma. A-B: Radiografias lateral e frontal, respectivamente, de menino com dois dias de vida, nascido de parto vaginal instrumentalizado com fórceps. Nota-se aumento de partes moles em região parietal direita (setas brancas) e disjunção da sutura lambdoide (seta preta). C: Radiografia frontal de menina de três meses de idade, com protuberância parietal esquerda calcificada (seta branca), compatível com cefalohematoma calcificado. D: Radiografia frontal de menino de seis meses, com abaulamentos radiopacos da calota (seta branca), demonstrando outro exemplo de cefalohematoma calcificado.

Maus tratos

O inventário do esqueleto é mandatório diante da suspeita de abuso físico em crianças pequenas, devido a dificuldade de estabelecer sinais clínicos de fratura. Deve-se ainda, considerar radiografar os irmãos da vítima (JAIN, 2015).

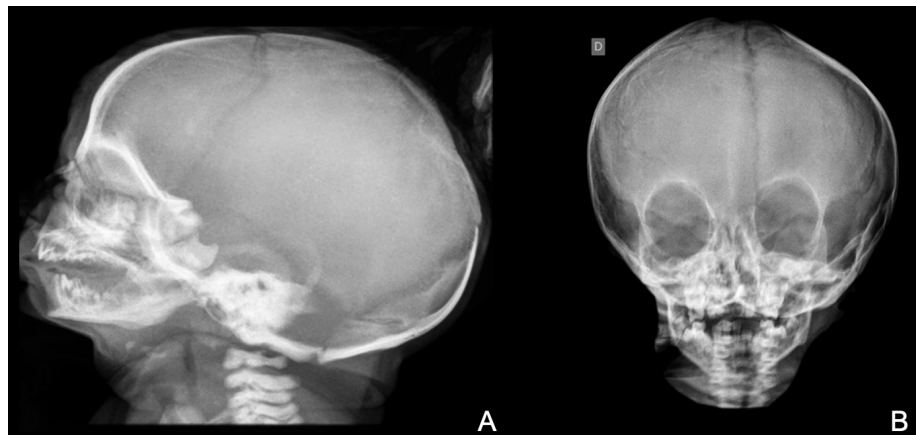
O traumatismo craniano decorrente de abuso é a principal causa de morte nestes pacientes, sobretudo nos menores de dois anos de idade. Nesses casos, é fundamental a avaliação por tomografia ou ressonância (JAIN, 2015).

O papel do radiologista é de suma importância, devendo-se levantar a suspeita diante da presença de múltiplas lesões traumáticas não justificáveis pelos hábitos da

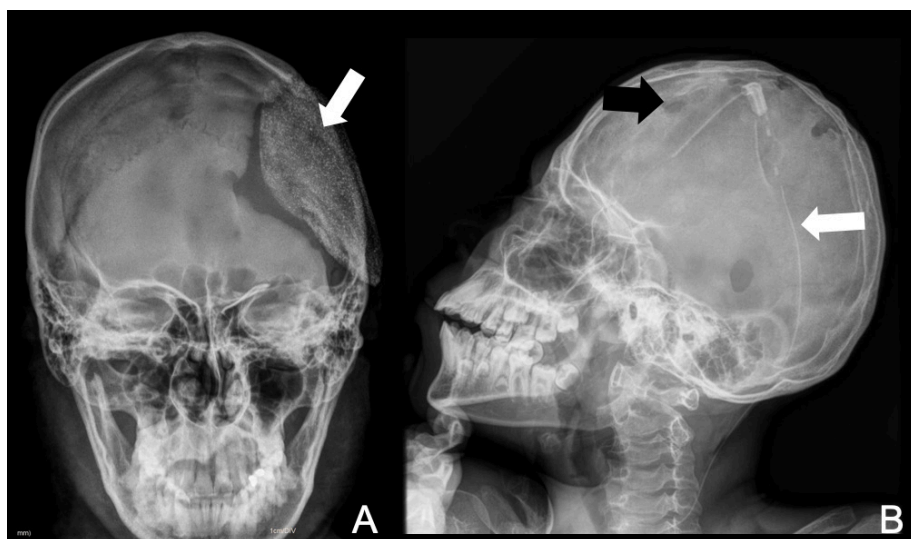
criança e em diferentes estágios de evolução (JAIN, 2015).

2A-D: Radiografias de menina de um ano de idade, vítima de maus tratos. A-B: Radiografias frontal e lateral do crânio, respectivamente, demonstrando pela seta branca traço de fratura no osso parietal direito. C: Fratura sincrônica no fêmur direito, em criança que não deambula, denotando agressão. D: fratura consolidada com calo ósseo no rádio esquerdo. A presença de lesões em diferentes estágios e decorrentes de traumas de alta energia em criança que não deambula levanta a possibilidade de maus tratos.

Deformidades

As principais deformidades cranianas decorrem do fechamento precoce das suturas, conhecidas como craniossinostoses. A imagem é fundamental para o diagnóstico e planejamento cirúrgico, sendo indicada sobretudo a tomografia, por permitir reconstruções tridimensionais (KIM, et al., 2016).

3A: Aumento do diâmetro anteroposterior do crânio, porém, com a sutura sagital aberta, não configurando craniossinostose. B: Exemplo de aumento do diâmetro latero-lateral do crânio, com as suturas coronais e lambdoides abertas, não configurando craniossinostose.

Alterações pós-cirúrgicas

São inúmeros os procedimentos neurocirúrgicos disponíveis para o tratamento das mais variadas condições. É fundamental o adequado conhecimento das técnicas e reconhecimento de possíveis complicações (SINCLAIR, et al., 2010).

4A: Radiografia frontal de homem de 28 anos pós-cranioplastia à esquerda (seta branca). B: Radiografia lateral de menino de 12 anos, com múltiplas cirurgias para correção de craniossinostose. Nota-se desproporção craniofacial, orifícios de trepanação (seta preta) e cânula de derivação ventricular (seta branca).

Hemangiopericitoma

Hemangiopericitoma ou tumor fibroso solitário, entidades indistinguíveis, consistem em espectro de lesões com espectro desde a benignidade até tumores infiltrativos com potencial de disseminação hematogênica. São lesões que promovem erosão do osso adjacente, sendo a análise por raio-X extremamente limitada (KRENGLI, et al., 2020; MA, et al., 2014).

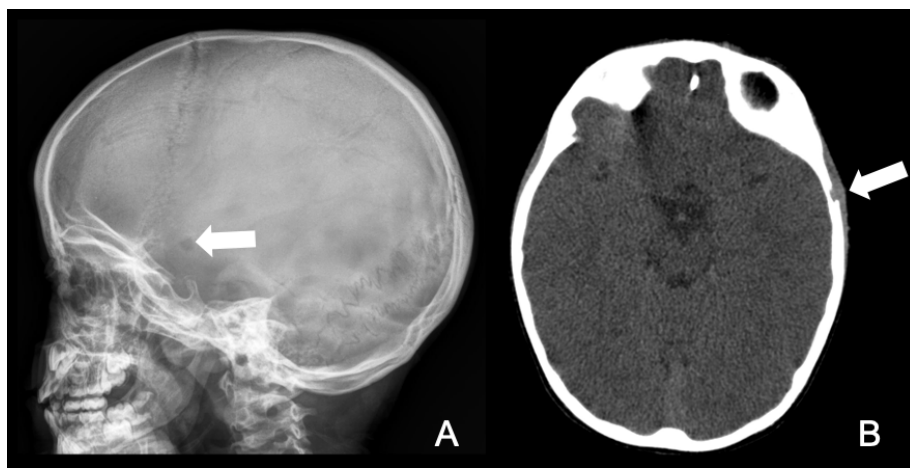



Figura 5A: Radiografia lateral de menino de quatro anos, demonstrando lesão osteolítica na região temporal, confirmada por tomografia, à esquerda (B). O diagnóstico histológico foi de hemangiopericitoma.

Histiocitose

A histiocitose de células de Langerhans é uma doença sistêmica rara, afetando principalmente crianças. O granuloma eosinofílico é uma de suas manifestações, geralmente consistindo em lesão osteolítica solitária em ossos chatos, especialmente o crânio (UGGA, et al., 2018).

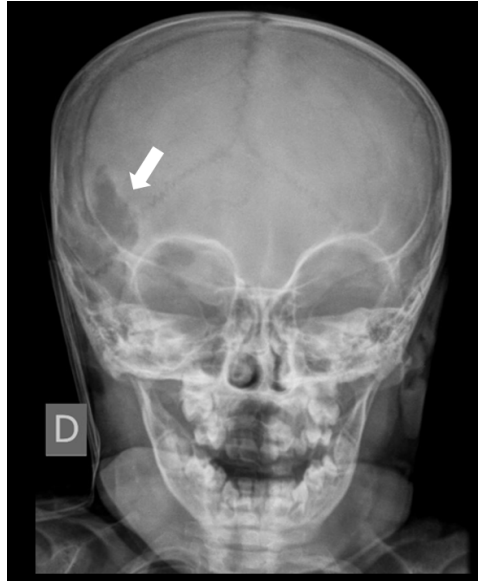



Figura 6: Radiografia frontal de menino de dois anos de idade demonstrando lesão osteolítica na região frontotemporal direita (seta branca), cujo diagnóstico histológico foi de histiocitose.

Mieloma múltiplo

O mieloma múltiplo decorre da proliferação maligna de plasmócitos que cursam com a infiltração da medular hematopoiética dos ossos, sobretudo no esqueleto axial. Diante do acometimento do crânio, a apresentação mais comum é a de múltiplas pequenas e bem delimitadas lesões osteolíticas (UGGA, et al., 2018).

Figura 7: Radiografia lateral de homem de 58 anos, demonstrando múltiplas lesões pequenas osteolíticas esparsas pela calota craniana, conferindo aspecto em “sal e pimenta”, típico do mieloma múltiplo.

Metástases

As metástases no crânio podem ser do tipo osteoblástica ou osteolítica, a depender do comportamento do tumor primário. Nos tumores de mama e próstata há predomínio por lesões escleróticas. As lesões costumam ser múltiplas, infiltrativa e com margens mal delimitadas (UGGA, et al., 2018).

Figura 8: Radiografia em perfil de paciente de 62 anos com câncer de mama metastático conhecido. Notam-se múltiplas lesões osteoblásticas, compatíveis com metástases ósseas para o crânio.

Outras lesões osteolíticas

É frequente que o radiologista se depare com lesões líticas da calvária e em muitos casos, somente a correlação clínica e histológica permite o diagnóstico final. Deve-se sobretudo, investigar características sugestivas de benignidade ou malignidade, sendo este papel limitado nas radiografias (UGGA, et al., 2018).

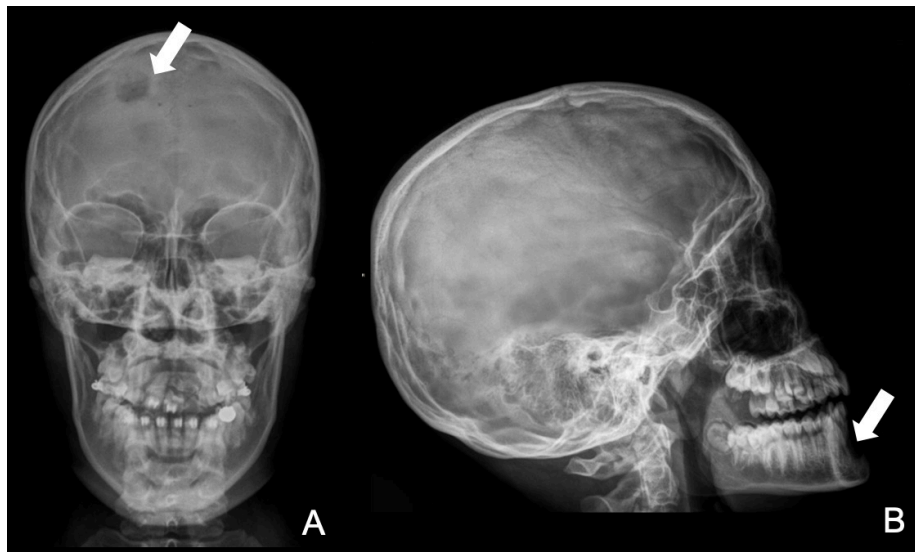



Figura 9A: Radiografia frontal de paciente de 36 anos em situação de rua, notando-se lesão osteolítica frontal direita, na topografia de lesão dermatológica clinicamente avaliada. O diagnóstico final foi de míase. B: Radiografia lateral de menino de 15 anos, com lesão osteolítica no mento, cuja avaliação por tomografia concluiu tratar-se de abscesso odontogênico.

CONCLUSÕES

Atualmente são praticamente inexistentes as indicações para a realização de uma radiografia de crânio, visto que a maioria dos pacientes é mais bem avaliada por tomografia computadorizada. Todos os casos com achados positivos do presente estudo evoluíram para a tomografia, tornando ainda mais questionável o real benefício do exame.

REFERÊNCIAS

American College of Radiology. 2020. **ACR Appropriateness Criteria**. 2020.

Chaturverdi, Apeksha, et al. 2018. **Mechanical birth-related trauma to the neonate: An imaging perspective**. *Insights Imaging.* 2018, 9, pp. 103-118.

Jain, Nita. 2015. T**he Role of Diagnostic Imaging in the Evaluation of Child Abuse**. *BCMJ.* 2015, Vol. 57, 8, pp. 336-340.

Kim, Hyun Jeong, Roh, Hong Gee e Lee, Il Woo. 2016. **Craniosynostosis : Updates in Radiologic Diagnosis**. *J Korean Neurosurg Soc.* 2016, Vol. 59, 3.

Krengli, Marco, et al. 2020. **Radiotherapy in the treatment of extracranial hemangiopericytoma/ solitary fibrous tumor: Study from the Rare Cancer Network**. *Radiotherapy & Oncology.* 2020, Vol. 144.

Ma, Cong, et al. 2014. **Magnetic resonance imaging of intracranial hemangiopericytoma and correlation with pathological findings.** *Oncology Letters.* 2014, Vol. 8.

Ormond Filho, Alipio G, et al. 2019. **Whole-Body Imaging of Multiple Myeloma: Diagnostic Criteria**. *RadioGraphics.* 2019, Vol. 39, pp. 1077-1097.

Sinclair, Audrey G e Scoffings, Daniel J. 2010. **Imaging of the Post-operative Cranium**. *RadioGraphics.* 2010, Vol. 30, 2.

Ugga, Lorenzo, et al. 2018. **Spectrum of lytic lesions of the skull: a pictorial essay**. *Insights into Imaging.* 2018, Vol. 9.

CAPÍTULO 20

SEGURANÇA DO PACIENTE: EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DE UMA FERRAMENTA VIRTUAL PARA O ESTÍMULO DA APRENDIZAGEM

Data de aceite: 01/02/2021

Tifanny Horta Castro
Discente do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/5306515888181292

Nataly Pereira Pontes
Discente do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/1755318248563219

Francisca Beatriz de Vasconcelos Oliveira
Discente do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/7887840081415511

Débora Rodrigues Guerra Probo
Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Docente do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza – Ceará
http://lattes.cnpq.br/3231442138049619

Diva Teixeira de Almeida
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Docente do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/4594268212965179

Patrice Vale Falcão Gomes
Mestra em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza, Docente do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/0861466878054560

Ricardo Augusto da Silva Probo
Enfermeiro egresso do curso de graduação de enfermagem da Universidade de Fortaleza
Fortaleza - Ceará
http://lattes.cnpq.br/2083556555276294

RESUMO: Refere-se a um estudo com objetivo de relatar a experiência de monitores do modulo de Biossegurança e Controle de Infecções acerca da utilização de uma ferramenta virtual com foco em segurança do paciente, como método de consolidação do conhecimento. A experiência foi vivenciada, no período de fevereiro a julho de 2019, em uma universidade privada cearense, com base na utilização de *quizzes* acerca da segurança do paciente. Inicialmente, foi realizada uma reunião de planejamento do semestre com as professoras e as monitoras para estabelecer estratégias capazes de sensibilizar os alunos acerca da relevância da segurança do paciente, na ocasião foi proposto usar a rede social *Instagram*® como estratégia de favorecer a aprendizagem, por meio de questões a serem feitas na ferramenta interativa *stories*. A medida que os conteúdos eram expostos nas aulas teóricas e práticas, eram feitos *quizzes,* com a participação satisfatória dos alunos. Foi notória que a experiência foi exitosa tanto para docentes que tiveram mais um recurso no processo-ensino aprendizagem, quanto para os discentes, que respondiam os questionamentos de forma interativa em momentos que lhes fossem convenientes e para as monitoras que executaram atividades importantes para a iniciação à docência.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino. Aprendizagem. Segurança do paciente.

PATIENT SAFETY: THE EXPERIENCE OF APPLYING A VIRTUAL TOOL TO PROMOTE LEARNING

ABSTRACT: It refers to a study with the objective of reporting the experience of monitors of the Biosafety and Infection Control module regarding the use of a virtual tool focused on patient safety as a method of consolidating knowledge. The experience was performed from February to July 2019, in a private university in Ceará, based on the use of quizzes about patient safety. At the beginning of the semester, a meeting was held with teachers and monitors to establish strategies capable of sensitizing students about the relevance of patient safety. At the time, the use the social network Instagram® was prposed as a strategy to promote learning, through questions to be asked in the interactive stories tool. As the contents were exposed in the theoretical and practical classes, quizzes were administered with the satisfactory participation of the students. It was clear that the experience was successful both for teachers who had one more resource in the teaching-learning process, and for students who answered questions interactively at times that were convenient for them and for the monitors who performed important activities to start their teaching experience.
KEYWORDS: Teaching. Learning. Patient safety.

1 | INTRODUÇÃO

O programa de monitoria tem a finalidade de proporcionar aos alunos que têm afinidade com a docência favorecendo aos mesmos o primeiro contato com a área. O aluno monitor pode ser um elemento de comunicação entre o professor e os demais alunos, visto que, estes, por vezes têm receio de se dirigir ao docente para realizar algum questionamento.

Nesse sentido, segundo Fernandes et al (2015) as atividades de monitoria são classificadas como um auxílio pedagógico para os alunos, e são proporcionadas pelas disciplinas/módulos para que eles possam praticar os procedimentos ensinados em sala de aula pelos docentes. As monitorias são realizadas pelos estudantes, que foram designados para essa atividade, com a finalidade de aperfeiçoar os conteúdos e/ou solucionar dúvidas apresentadas pelos discentes matriculados na disciplina. Assim, o programa, entre outros benefícios, promove uma integração entre os docentes e os discentes.

Considerando que a enfermagem demanda habilidades e conhecimentos baseados cientificamente, Andrade *et al* (2018) enfatiza que, a monitoria acadêmica é uma metodologia de contribuição educacional cuja os discentes monitores detalham o estudo consolidando capacidades teórico-práticas, além de reduzir as dúvidas relacionadas a tal assunto.

Nas últimas décadas, em conformidade com Teixeira *et al* (2018), a segurança do paciente vem sendo indagada no âmbito mundial, pois esta é vista como fundamental para a melhoria dos serviços de saúde. A cultura de segurança é definida como o conjunto de ações, competências e comportamentos que estabelecem o comprometimento com a

gestão da segurança, substituindo a punição pela chance de o profissional e a equipe aprender com as falhas e melhorar a assistência à saúde prestada (RAIMONDI *et al,* 2018).

Da mesma forma, foi descrito por Arboit et al (2020) que, o estabelecimento da segurança do paciente é representado como estratégia para aperfeiçoamento da qualidade, pois os seus propósitos conduzem a reforma dos processos de trabalho, fazendo com que práticas seguras qualifiquem o trabalho multiprofissional e ao mesmo tempo garantam uma assistência de qualidade, a qual é um direito do paciente. As instituições que apresentam uma cultura de segurança positiva se caracterizam por apresentar uma boa comunicação, pelo compartilhamento da percepção sobre a importância da segurança e pela confiança nas medidas preventivas adotadas.

Considerando o cenário atual, por conta do surgimento e avanço distintas ferramentas tecnológicas acarreta uma maior disseminação das informações produzidas na sociedade, que facilitam a produção e divulgação de informação, a comunicação, além de outras atividades, de maneira que venham a auxiliar na melhoria da relação entre o homem e o meio e homem e o homem (VIEIRA, HIGINO, 2019).

Desse modo, a diversidade de aspectos multimídia dentro das redes sociais proporciona a aprendizagem significativa. Por conseguinte, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de monitores do modulo de Biossegurança e Controle de Infecções acerca do uso de uma ferramenta virtual com ênfase na segurança do paciente, com a finalidade de fortalecimento da aprendizagem.

2 | METODOLOGIA

Refere-se a um relato de experiência que foi vivenciada no período de fevereiro a julho de 2019, em uma universidade privada de Fortaleza – Ceará, baseada no uso da rede social *Instagram®* como método de facilitar a compreensão dos conteúdos transmitidos aos alunos relacionados a segurança do paciente transmitidos aos alunos, contribuindo assim como complemento das atividades relacionadas a monitoria do módulo de Biossegurança e Controle de Infecções, do Curso de Enfermagem.

O Módulo Biossegurança e Controle de Infecções é ofertado no quarto semestre do curso, sendo abordado a atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecções, com intuito de o aluno conhecer, principalmente, as legislações nacionais que envolvem a segurança do paciente, visto que, a prestação de cuidados de saúde é considerada, em conformidade com Santos *et al* (2017), um desafio mundial, devido ao grande número de problemas relacionados à segurança dos pacientes.

Após o início do período letivo, foi realizada uma reunião de planejamento do semestre com as professoras e os monitores selecionados para executar as atividades por um ano e, ao definir estratégias que promovessem a aprendizagem dos alunos, foi recomendado pelo grupo a utilização de revisões com o foco na segurança do paciente,

visto que é um assunto relevante e muito abordado nas aulas teóricas da disciplina.

Assim, os monitores produziram questões objetivas com alternativas de A ao E, e outras com as opções verdadeiro ou falso. Ressalta-se que quando os itens eram considerados falsos, era fundamental a justificativa dos mesmos pelos discentes.

Antes de viabilizar virtualmente as indagações para os alunos, as professoras examinaram e propuseram ajustes, que foram acatados. Após apreciações, correções e validações pelas docentes do módulo, as questões foram disponibilizadas para os discentes por meio do aplicativo *Instagram®* em uma conta tendo como intitulação "Biossegurança". Ao responder as questões, os alunos possuíram a oportunidade de sanar suas incertezas tanto presencialmente quanto pela rede social supracitada.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Pereira; Silva Júnior; Silva (2019), o respaldo para o uso das redes sociais na educação é notável, visto que, as mesmas têm uma linguagem contemporânea que desperta o interesse dos jovens, ou seja, um mecanismo estimulador para as relações pessoais que empiricamente fortalecem o conhecimento, podendo também proporcionar o compreendimento de conhecimentos científicos.

A sociabilidade está em constante transformação, em conformidade com Pereira *et al* (2019), no âmbito de redes pessoais, principalmente na internet, onde as redes sociais propagadas em comunidades virtuais favorecem às pessoas a troca de informações promovendo assim, uma aprendizagem em um espaço informal.

A construção dos questionamentos foi executada pelas monitoras do módulo, por meio de seus estudos iniciais acerca do tema em foco. Na enfermagem, um tema bastante abordado por todos é a segurança do paciente que é o principal foco do profissional, e de acordo com Raimondi *et al* (2018) é um elemento imprescindível à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam coordenar e prevenir riscos que os pacientes estão sujeitos. Deste modo, a segurança do paciente consiste na redução estratégica e contínua dos potenciais danosos no processo assistencial.

A rede social *Instagram®* foi selecionada devido muitos alunos possuírem acesso facilmente e em conformidade com o pensamento de Pereira *et al* (2019), ao evidenciarem este aplicativo no contexto educativo, como uma ferramenta que permite incrementar ações pedagógicas, por meio de textos curtos, imagens e vídeos.

Por meio do aplicativo foi possível reconhecer quais alunos acessavam e as questões que eles tinham mais fragilidades, a fim de possibilitar oportunidades virtuais e presenciais para superação destas fragilidades.

As monitoras e docentes ficaram contentes com o resultado do método de fortificação do aprendizado, visto que, os alunos demonstraram ter utilizado o mesmo como ferramenta de estudo.

4 I CONCLUSÃO

Com a execução da presente experiência, foi possível compreender que as redes sociais são ferramentas úteis na elaboração de atividades educativas para promover o aprendizado, pode ser um eficiente instrumento, pois apresenta benefícios essenciais para a aprendizagem, tendo em vista que foram acessadas por uma grande quantidade de alunos. Mostraram - se efetivas como atividades dinâmicas para colaborar no conhecimento, pois possuía acesso fácil e rápido, viabilizando clareza na divulgação das atividades propostas.

Tanto as discentes de iniciação à docência do módulo como as docentes identificaram que o desempenho dos alunos nas avaliações teóricas foi superior quando comparado aos períodos anteriores, assim, houve repercussão positiva na utilização de tal estratégia de ensino.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Erlon Gabriel Rego; RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde; NOGUEIRA, Laura Maria Vidal; SOUZA, Dilma Fagundes de. Contribuição da monitoria acadêmica para o processo ensino-aprendizagem na graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1596-1603, 2018.

ARBOIT, Éder Luís; BELLINI, Gabriela; SCHÜTZ, Cassiana Ribeiro; MORAES, Maria Cristina Schettert ; KINALSKI, Sandra da Silva ; BARCELLOS, Ruy de Almeida. A cultura de segurança do paciente na perspectiva multiprofissional. **Research, Society and Development**, Rio Grande do Sul v. 9, n. 5, 2020.

FERNANDES, Nayara Cavalcante; Cunha, Regina Ribeiro; Brandão, Arthur Ferreira; Cunha, Luciana Lima da; Barbosa, Pérola Dias; Silva, Cassilene Oliveira da; et al. Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. **Rev Min Enferm.** 19(2):238-41, 2015.

PEREIRA**,** Priscila Campos; BORGES, Flavio Ferreira Borges; BATISTA, Valquíria Perilo Sandoval; TELES, Lucio França. Identificando práticas pedagógicas no instagram: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Graduação e Pós- Graduação em Educação.** Brasília, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2019.

PEREIRA, Jocimario Alves; SILVA JÚNIOR, Jairo Ferreira da; SILVA, Everton Vieira da Silva. Instagram como Ferramenta de Aprendizagem Colaborativa Aplicada ao Ensino de Química. **Revista Debates em Ensino de Química.** Pernambuco, v. 5, n. 1, p. 119-131, 2019.

RAIMONDI, Daiane Cortêz; BERNAL, Suelen Cristina Zandonadi; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; MATSUDA, Laura Misue. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Rio Grande do Sul, v. 40, p. 1-9, 2018.

SANTOS, Sandna Larissa Freitas dos; LOPES, Emeline Moura; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes; NERI, Eugenie Désiree Rabelo. Cultura de segurança do paciente: avaliação dos profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal**. Encontro de extensão, docência e iniciação científica.** v. 4, n.1, p. 1-7, 2017.

TEIXEIRA, Vitória Regina Silva; COSTA, Beatriz Souza da; SOUZA, Deliane Silva de; CAETANO, Luana Cavalcante Cardoso; SANTOS, Marluce Pereira dos; COSTA, Isis Maria Martins. A Segurança do Paciente diante da Assistência de Enfermagem na coleta do exame Papanicolau em uma Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** V. 11, n. 3, p. 1-6, 2018.

VIEIRA, Cristiano Osório; HIGINO, Vicente Lucas Félix. **Uso da tecnologia no ensino da geografia na educação básica: o instagram como instrumento metodológico.** 35 f. 2019. (Trabalho de conclusão do curso Licenciatura Plena em Geografia). Universidade do Estado da Bahia. Bahia. 2019.

SOBRE O ORGANIZADOR

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia "*Analysis in vitro and acute toxicity of oil of* Pachira aquatica *Aublet*". Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: "Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)" no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences, Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho Técnico Científico da própria Editora Atena.

ÍNDICE REMISSIVO

A

C

E

G

H

I

M

N

P

Q

R

S

POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 3

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2021

POLÍTICAS E
SERVIÇOS DE
SAÚDE 3

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021